



information



formation



recherche



coopération  
internationale

# LA PRÉVENTION DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

AVIS SCIENTIFIQUE

# LA PRÉVENTION DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES

DIRECTION DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS

OCTOBRE 2004

## **AUTEURS**

Monique Lalonde, M. Sc., conseillère scientifique, Institut national de santé publique du Québec  
Bernard Heneman, M.D., M. Sc., médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec

## **AVEC LA COLLABORATION DE**

Michèle Tremblay, M.D., médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec,  
pour la rédaction des facteurs d'influence de l'usage du tabac  
Nathalie Auger, résidente en santé communautaire, Université McGill,  
pour la rédaction des premières versions du chapitre 4 « Le marketing et le contremarketing des  
produits du tabac »

## **SOUS LA COORDINATION DE**

Johanne Laguë, M.D., M. Sc., FRCPC, coordonnatrice scientifique de l'unité Habitudes de vie,  
Institut national de santé publique du Québec

## **REMERCIEMENTS**

- ▶ Bertrand Dautzenberg, professeur, Hôpital de Paris, France
- ▶ Gérard Dubois, chef du service d'évaluation médicale, Hôpital Nord, Place V. Pauchet, Amiens, France
- ▶ André Gervais, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec
- ▶ Albert Hirsch, professeur, Hôpital de Paris, Ligue nationale contre le cancer, Paris, France
- ▶ Francine Hubert, conseillère scientifique, Institut national de santé publique du Québec
- ▶ Marie Jacques, conseillère scientifique, Institut national de santé publique du Québec
- ▶ Lise Renaud, professeure, Département des communications, Université du Québec à Montréal
- ▶ Michèle Tremblay, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec
- ▶ Fernand Turcotte, professeur, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval
- ▶ Khalid Maani, pour sa contribution aux figures et aux références
- ▶ Mireille Paradis, pour le travail minutieux de secrétariat et de mise en page du document

*Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca>. Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.*

CONCEPTION GRAPHIQUE  
MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))  
COTE : INSPQ-2004-063

DÉPÔT LÉGAL – 4<sup>e</sup> TRIMESTRE 2004  
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA  
ISBN 2-550-43463-3  
©Institut national de santé publique du Québec (2004)

## AVANT-PROPOS

Depuis quelques années, au Québec, le réseau de santé publique s'interroge sur les mesures de santé publique les plus susceptibles de diminuer la prévalence du tabagisme chez les jeunes. Les interventions en milieu scolaire, en particulier, soulèvent plusieurs interrogations. Un avis scientifique sur la prévention du tabagisme chez les jeunes a donc été demandé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dont la mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, dans l'exercice de leurs responsabilités de santé publique.

Il est apparu évident, dès le départ, que l'avis scientifique ne pouvait se limiter aux interventions ne s'adressant uniquement aux jeunes. En effet, de nombreuses mesures visant la population en général ou les adultes ont une influence sur le tabagisme chez les jeunes et contribuent à des degrés divers à diminuer le comportement tabagique chez ces derniers. Par ailleurs, puisque les jeunes évoluent dans différents environnements sociaux, il aurait été trop limité de ne considérer que l'intervention en milieu scolaire. C'est pourquoi, le présent avis examine non seulement l'intervention en milieu scolaire mais également les interventions touchant les sphères fiscale, législative, communautaire et médiatique qui ont un impact sur le tabagisme juvénile. Il cible les jeunes de 6 à 19 ans de façon à recenser les études portant principalement sur la période couvrant l'initiation et l'acquisition de l'habitude de l'usage du tabac. Ainsi, nous n'avons pas couvert le champ de la périnatalité, ni de la petite enfance, mais nous avons porté une attention plus grande à l'intervention en milieu scolaire compte tenu des préoccupations des intervenants à ce sujet. Par ailleurs, bien que la cessation tabagique contribue à réduire le tabagisme chez les jeunes, cette mesure n'a pas été examinée étant donné le peu de recherches évaluatives portant sur l'efficacité de programmes de cessation conçus pour les jeunes. Enfin, l'identification des priorités de recherche n'a pas été incluse dans cet avis, ce dernier se concentrant essentiellement sur les interventions de réduction du tabagisme documentées dans la littérature scientifique ayant fait l'objet d'évaluations ou de recommandations de la part d'experts.

L'analyse des écrits scientifiques effectués dans cet avis a pour but d'identifier les composantes les plus efficaces ou prometteuses pour réduire la prévalence du tabagisme juvénile. Il s'agit d'un avis scientifique qui se base essentiellement sur les résultats de recherche publiés dans les journaux scientifiques avec révision par des pairs et dans les rapports scientifiques des grands organismes de santé publique. On ne trouvera donc pas dans cet avis une description des différentes actions menées à l'heure actuelle au Québec, ni une analyse de leur pertinence par rapport aux meilleures pratiques de santé publique dans la lutte au tabagisme. Le présent avis scientifique peut cependant faciliter une telle analyse en vue d'améliorer les pratiques mais la réalisation de cette analyse revient aux instances concernées.



Réal Morin, directeur scientifique  
Direction Développement des individus et des communautés

## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                            |            |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>                                             | <b>VII</b> |
| <b>LISTE DES FIGURES .....</b>                                             | <b>IX</b>  |
| <b>PORTÉE ET LIMITES DE L'AVIS.....</b>                                    | <b>1</b>   |
| INTRODUCTION .....                                                         | 1          |
| CONTENU DE L'AVIS.....                                                     | 1          |
| MÉTHODOLOGIE.....                                                          | 2          |
| LIMITES.....                                                               | 3          |
| <b>1 PROBLÉMATIQUE DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES .....</b>                  | <b>5</b>   |
| 1.1 INTRODUCTION .....                                                     | 5          |
| 1.2 LE TABAGISME AU CANADA ET AU QUÉBEC, QUELQUES DONNÉES .....            | 5          |
| 1.2.1 Évolution du tabagisme dans la population.....                       | 5          |
| 1.2.2 Tabagisme chez les jeunes.....                                       | 7          |
| 1.2.3 En résumé.....                                                       | 11         |
| 1.3 FACTEURS D'INFLUENCE DE L'USAGE DU TABAC .....                         | 12         |
| 1.3.1 Facteurs sociodémographiques .....                                   | 13         |
| 1.3.2 Facteurs individuels .....                                           | 13         |
| 1.3.3 Facteurs environnementaux.....                                       | 15         |
| 1.3.4 Effets pharmacologiques liés au produit .....                        | 16         |
| 1.4 EN RÉSUMÉ .....                                                        | 16         |
| <b>2 LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU TABAGISME EN MILIEU SCOLAIRE.....</b> | <b>17</b>  |
| 2.1 INTRODUCTION.....                                                      | 17         |
| 2.2 CADRE DE RÉFÉRENCE POUR GUIDER L'INTERVENTION EN MILIEU SCOLAIRE ..... | 17         |
| 2.2.1 Recommandations des experts.....                                     | 17         |
| 2.2.2 Implantation des recommandations aux États-Unis .....                | 19         |
| 2.2.3 En résumé.....                                                       | 20         |
| 2.3 LES INTERVENTIONS MENÉES DANS LES CLASSES.....                         | 20         |
| 2.3.1 L'éducation en classe.....                                           | 20         |
| 2.3.2 Les concours Classes Non-fumeurs .....                               | 28         |
| 2.3.3 En résumé.....                                                       | 29         |
| 2.4 LES POLITIQUES .....                                                   | 30         |
| 2.4.1 Introduction .....                                                   | 30         |
| 2.4.2 Les politiques en milieu scolaire.....                               | 30         |
| 2.4.3 En résumé.....                                                       | 34         |
| 2.5 LA PARTICIPATION DES PARENTS ET DES JEUNES.....                        | 35         |
| 2.5.1 Introduction .....                                                   | 35         |
| 2.5.2 L'intervention auprès des parents .....                              | 35         |

|          |                                                                      |           |
|----------|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.5.3    | L'implication des jeunes .....                                       | 40        |
| 2.5.4    | En résumé.....                                                       | 42        |
| <b>3</b> | <b>LES LOIS, LES RÈGLEMENTS ET LA FISCALITÉ .....</b>                | <b>43</b> |
| 3.1      | LES LOIS ET RÈGLEMENTS .....                                         | 43        |
| 3.1.1    | Introduction .....                                                   | 43        |
| 3.1.2    | La promotion, la publicité et la commandite .....                    | 44        |
| 3.1.3    | L'emballage et l'étiquetage.....                                     | 45        |
| 3.1.4    | L'accessibilité.....                                                 | 46        |
| 3.1.5    | Les fabricants et les distributeurs.....                             | 48        |
| 3.1.6    | L'usage du tabac.....                                                | 48        |
| 3.1.7    | En résumé.....                                                       | 50        |
| 3.2      | LES MESURES FISCALES .....                                           | 51        |
| 3.2.1    | Introduction .....                                                   | 51        |
| 3.2.2    | Taxes .....                                                          | 51        |
| 3.2.3    | En résumé.....                                                       | 54        |
| <b>4</b> | <b>LE MARKETING ET LE CONTREMARKETING DES PRODUITS DU TABAC.....</b> | <b>55</b> |
| 4.1      | MARKETING DES PRODUITS DU TABAC .....                                | 55        |
| 4.1.1    | Histoire du marketing des produits du tabac au Canada .....          | 55        |
| 4.1.2    | Évolution des stratégies de marketing .....                          | 56        |
| 4.1.3    | Efficacité du marketing du tabac chez les jeunes .....               | 58        |
| 4.1.4    | Budget alloué au marketing des produits du tabac au Canada.....      | 59        |
| 4.2      | CONTREMARKETING DES PRODUITS DU TABAC .....                          | 60        |
| 4.2.1    | Efficacité du démarketing.....                                       | 61        |
| 4.2.2    | Caractéristiques des campagnes médiatiques.....                      | 67        |
| 4.3      | EN RÉSUMÉ .....                                                      | 75        |
| <b>5</b> | <b>LES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES.....</b>                         | <b>77</b> |
| 5.1      | INTRODUCTION.....                                                    | 77        |
| 5.2      | DÉFINITION DES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES.....                        | 77        |
| 5.3      | BUT ET OBJECTIFS DES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES .....                 | 78        |
| 5.4      | CONTENU DES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES .....                          | 78        |
| 5.4.1    | Les sites Internet.....                                              | 78        |
| 5.4.2    | Plaidoyer .....                                                      | 79        |
| 5.4.3    | Actions, moyens, cibles et lieux .....                               | 79        |
| 5.4.4    | Financement .....                                                    | 81        |
| 5.5      | COORDINATION, ET IMPLANTATION DES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES .....    | 81        |
| 5.5.1    | Niveau national .....                                                | 82        |
| 5.5.2    | Niveaux régional et local.....                                       | 82        |
| 5.6      | EFFICACITÉ DES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES .....                       | 83        |
| 5.7      | EN RÉSUMÉ .....                                                      | 85        |

|                 |                                                                                                                                      |            |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>6</b>        | <b>LES PROGRAMMES ÉCOLOGIQUES AU NIVEAU GOUVERNEMENTAL .....</b>                                                                     | <b>87</b>  |
| 6.1             | INTRODUCTION.....                                                                                                                    | 87         |
| 6.2             | BUTS, CARACTÉRISTIQUES ET COMPOSANTES .....                                                                                          | 87         |
| 6.3             | LES PREUVES D'EFFICACITÉ .....                                                                                                       | 89         |
| 6.4             | CRITÈRES DE RÉUSSITE .....                                                                                                           | 91         |
| 6.5             | POPULATIONS À REJOINDRE.....                                                                                                         | 92         |
| 6.6             | COORDINATION .....                                                                                                                   | 94         |
| 6.7             | FINANCEMENT.....                                                                                                                     | 95         |
| 6.8             | SUIVI ET ÉVALUATION .....                                                                                                            | 96         |
| 6.9             | EN RÉSUMÉ .....                                                                                                                      | 97         |
| <b>7</b>        | <b>LA PRÉVENTION DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES : PRINCIPAUX CONSTATS .....</b>                                                        | <b>99</b>  |
| <b>8</b>        | <b>RECOMMANDATIONS.....</b>                                                                                                          | <b>109</b> |
| 8.1             | ORDRE DE PRIORITÉ PROPOSÉ DES MESURES DE CONTRÔLE DU TABAGISME À<br>METTRE EN ŒUVRE AU QUÉBEC .....                                  | 110        |
| 8.2             | RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE PROGRAMME ÉCOLOGIQUE DE CONTRÔLE DU<br>TABAGISME .....                                                 | 112        |
|                 | <b>RÉFÉRENCES .....</b>                                                                                                              | <b>113</b> |
| <b>ANNEXE 1</b> | <b>USAGE DU TABAC DANS LA POPULATION DE 12 ANS ET PLUS,<br/>CANADA ET PROVINCES, 2000-2001 .....</b>                                 | <b>135</b> |
| <b>ANNEXE 2</b> | <b>PROPORTION DE FUMEURS ACTUELS DE 12 ANS ET PLUS, CANADA<br/>ET PROVINCES, 2000-2001.....</b>                                      | <b>139</b> |
| <b>ANNEXE 3</b> | <b>USAGE DU TABAC DANS LA POPULATION DE 12 ANS ET PLUS<br/>SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC, 2000-2001 .....</b>                          | <b>143</b> |
| <b>ANNEXE 4</b> | <b>PROPORTION DE FUMEURS ACTUELS DE 12 ANS ET PLUS SELON<br/>LES RÉGIONS DU QUÉBEC, 2000-2001.....</b>                               | <b>147</b> |
| <b>ANNEXE 5</b> | <b>PRÉVALENCE DES FUMEURS ACTUELS DE 12 ANS ET PLUS ET DE 15<br/>À 19 ANS, CANADA ET PROVINCES, 2001 (ESCC) .....</b>                | <b>151</b> |
| <b>ANNEXE 6</b> | <b>PRINCIPALES PUBLICATIONS ÉNONÇANT DES RECOMMANDATIONS<br/>À L'ÉGARD DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES .....</b>                        | <b>155</b> |
| <b>ANNEXE 7</b> | <b>RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES CARACTÉRISTIQUES<br/>DU CURRICULUM SCOLAIRE.....</b>                                               | <b>159</b> |
| <b>ANNEXE 8</b> | <b>DESCRIPTION DES DEUX CURRICULUMS SCOLAIRES<br/>RECOMMANDÉS PAR LES CENTERS FOR DISEASE CONTROL<br/>AND PREVENTION.....</b>        | <b>165</b> |
| <b>ANNEXE 9</b> | <b>RÔLE DES AGENTS DE LIAISON POUR LA PROMOTION ET LE<br/>MAINTIEN DES PROGRAMMES ÉDUCATIFS DE PRÉVENTION DU<br/>TABAGISME .....</b> | <b>169</b> |

|                  |                                                                                                                                                                      |            |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ANNEXE 10</b> | <b>DESCRIPTION SOMMAIRE DE CINQ ÉLÉMENTS DE<br/>CONTREMARKETING DES PRODUITS DU TABAC SELON LES<br/>CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION .....</b>             | <b>173</b> |
| <b>ANNEXE 11</b> | <b>DESCRIPTION SOMMAIRE DES PRINCIPAUX CANAUX DE<br/>TRANSMISSION DES MESSAGES DE CONTREMARKETING SELON LES<br/>CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION .....</b> | <b>177</b> |
| <b>ANNEXE 12</b> | <b>EFFICACITÉ ET FAISABILITÉ DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION<br/>DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES : QUALITÉ DE<br/>LA PREUVE.....</b>                                    | <b>181</b> |

## LISTE DES TABLEAUX

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tableau 1 | Description sommaire des étapes à franchir pour mettre en place et maintenir une politique d'école sans tabac .....                                                                                                                                                                                             | 34  |
| Tableau 2 | Solutions dans le cas où les élèves quittent le terrain de l'école pour fumer dans le voisinage.....                                                                                                                                                                                                            | 34  |
| Tableau 3 | Pistes d'actions favorisant l'implication et la rétention des parents dans un programme de prévention de la toxicomanie.....                                                                                                                                                                                    | 40  |
| Tableau 4 | Effets attendus au Québec des augmentations successives de 10 % du prix de vente des cigarettes sur la consommation globale de cigarettes des fumeurs actuels de 15 à 19 ans, sur la prévalence de fumeurs actuels et sur le nombre moyen de cigarettes fumées par les fumeurs quotidiens à partir de 2001..... | 53  |
| Tableau 5 | Évaluation de la faisabilité et de la qualité de la preuve associées aux interventions recommandées .....                                                                                                                                                                                                       | 109 |

## LISTE DES FIGURES

|          |                                                                                                                             |    |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1 | Prévalence de fumeurs actuels, par groupes d'âge, Canada, de 1981 à 2001 .....                                              | 6  |
| Figure 2 | Prévalence de fumeurs actuels de 15 ans et plus selon le sexe, Québec<br>1987-2000/2001 .....                               | 7  |
| Figure 3 | Prévalence de fumeurs actuels et débutants chez les élèves du secondaire,<br>selon le sexe, Québec 1998, 2000 et 2002 ..... | 8  |
| Figure 4 | Catégories de fumeurs selon l'âge chez les élèves du secondaire, Québec,<br>2002 .....                                      | 9  |
| Figure 5 | Prévalence de fumeurs actuels de 12 à 14 ans et de 15 à 19 ans, selon le<br>sexe, Canada et Québec, 2000-2001.....          | 10 |
| Figure 6 | Prévalence de fumeurs actuels dans la population de 12 à 19 ans, Québec et<br>régions, 2000-2001.....                       | 11 |

## PORTÉE ET LIMITES DE L'AVIS

### INTRODUCTION

À l'échelle mondiale, le tabac tue environ cinq millions de personnes chaque année et tuera plus de huit millions de personnes annuellement vers la fin des années 2020<sup>(1)</sup>. Ce dernier chiffre est du même ordre que l'ensemble des décès annuels causés par les maladies infectieuses et parasitaires sur la planète<sup>(2)</sup>, ou encore, du nombre de décès causés par l'explosion tous les cinq jours d'une bombe atomique semblable à celle d'Hiroshima.

En Amérique du Nord, au début du 21<sup>e</sup> siècle, on estime à près de 500 000 personnes, dont plus de 13 000 au Québec, le nombre annuel de personnes qui décèdent prématurément à cause du tabagisme<sup>(3-5)</sup>. Ces décès résultent d'une variété de maladies causées ou associées au tabac, qui réduisent de 13 ans, en moyenne, l'espérance de vie de ceux qui en meurent. Un adolescent sur trois qui fume régulièrement mourra d'une maladie liée au tabagisme<sup>(6)</sup>.

Devant l'ampleur des méfaits causés par l'usage du tabac, de nombreuses actions ont été entreprises afin de prévenir le tabagisme, soutenir l'abandon du tabac et protéger les non-fumeurs de la fumée de tabac dans l'environnement. La prévention du tabagisme vise à réduire l'initiation au produit et l'instauration de la dépendance. C'est un objectif ambitieux puisque l'initiation et l'habitude tabagique surviennent la plupart du temps à l'adolescence, période caractérisée, entre autres, par le besoin d'expérimentation. Si l'atteinte de cet objectif exige d'intervenir auprès du jeune lui-même, les chercheurs reconnaissent encore plus l'importance d'agir sur l'environnement dans lequel il évolue. Par environnement, on entend l'environnement légal, social, économique et physique<sup>(7)</sup>.

### CONTENU DE L'AVIS

La présente recension des écrits fait le point sur l'efficacité des diverses mesures de contrôle du tabagisme qui contribuent à prévenir ou à réduire le tabagisme chez les jeunes afin de guider les pratiques de santé publique. Par jeunes, nous entendons le groupe des 6 à 19 ans. Cela signifie que nous avons considéré les études qui ciblaient des jeunes dont l'âge pouvait se situer entre 6 et 19 ans. On notera en effet que dans les documents, la définition de la variable jeune n'est pas constante. Parfois, il s'agit de jeunes de 6 à 12 ans, parfois de préadolescents de 10 à 13 ans, parfois d'adolescents de 13 à 18 ans. La revue spécifie les groupes d'âge ciblés par les chercheurs mais ne fait pas d'analyse spécifique en fonction des différences socio-économiques et culturelles des jeunes.

Le chapitre 1 décrit d'abord la problématique du tabagisme chez les jeunes au Québec. Les chapitres subséquents présentent et discutent de l'efficacité des quatre grandes stratégies de lutte contre le tabagisme pouvant avoir un impact sur le comportement tabagique des jeunes, soit, les programmes de prévention en milieu scolaire, les lois, règlements et la fiscalité, le marketing et le contremarketing des produits du tabac et l'intervention communautaire. Les caractéristiques et l'efficacité des programmes écologiques de contrôle du tabagisme qui combinent ces grandes stratégies dans une démarche intégrée sont ensuite examinées. Le chapitre 7 dégage les principaux constats découlant de l'analyse des écrits scientifiques.

Finalement, le dernier chapitre présente les recommandations les plus susceptibles, au Québec, de diminuer la prévalence du tabagisme chez les jeunes.

Cet avis fournit un portrait, le plus juste possible, de l'état actuel des connaissances. Même si plusieurs questions pertinentes demeurent encore sans réponse et que certaines controverses divisent les experts, des recommandations ont pu être dégagées de l'abondante accumulation de preuves concernant l'efficacité et le processus d'implantation de pratiques éducatives, communautaires, législatives et fiscales qui influencent le comportement tabagique des jeunes.

Prévenir et réduire le tabagisme chez les jeunes posent des défis nombreux et exigeants et requièrent des investissements significatifs. C'est pourquoi, nous espérons qu'une compréhension approfondie des interventions efficaces de contrôle du tabagisme juvénile permettra un choix d'interventions éclairé et pertinent en vue de réduire les taux de tabagisme observés chez les jeunes.

## MÉTHODOLOGIE

Dans le domaine du contrôle du tabagisme, une quantité considérable d'information paraît tous les jours. Cependant, de nombreuses synthèses sont publiées permettant une mise au point régulière des différents volets associés à la lutte au tabagisme. La production de cet avis s'est faite en se basant essentiellement sur des synthèses et des méta-analyses préparées par des experts spécialisés dans la prévention et la réduction du tabagisme.

La consultation du dernier rapport du Surgeon General<sup>1</sup> des États-Unis<sup>(7)</sup> et de l'inventaire exhaustif des écrits édité en 2001, dans l'*American Journal of Preventive Medicine*, par Hopkins, Fielding et le US Task Force on Community Preventive Services<sup>2(8)</sup> a constitué le point de départ du présent avis. La liste de références de ces deux documents a été examinée avec attention pour identifier les synthèses et les articles de fond couvrant l'ensemble des interventions pouvant avoir un impact sur le comportement tabagique des jeunes. En raison de leur rigueur, les *Cochrane Review* ont également été une source privilégiée d'information. Pour assurer une mise à jour des informations publiées dans les revues scientifiques, l'examen de la revue électronique des publications réalisée par Stan Shatenstein pour le réseau international de contrôle du tabagisme *GLOBALink* a été effectué quotidiennement durant les années 2001 et 2002. Nous avons également examiné la table des matières des revues *Tobacco Control* et *Nicotine & Tobacco Research* de 1985 à 2002 afin d'identifier de nouvelles synthèses ou des articles scientifiques qui pouvaient compléter la documentation initiale.

Un effort particulier a été fourni pour repérer les études rigoureuses menées dans les différentes provinces canadiennes, notamment au Québec. Cependant, bien qu'un certain nombre de recherches sur la prévention du tabagisme chez les jeunes soient réalisées au Canada, en Australie, en Grande-Bretagne et dans quelques autres pays, la vaste majorité des études dans ce domaine se fait aux États-Unis. C'est pourquoi, les résultats de recherches que nous présentons dans cet avis sont essentiellement américains<sup>(9,10)</sup>. Pour obtenir un maximum d'informations sur les programmes et stratégies de contrôle du tabagisme qui ont fait leurs preuves aux États-Unis, nous avons consulté les sites électroniques de différents organismes gouvernementaux, associations nationales ou autres, et organismes de recherche américains.

---

<sup>1</sup> Le Surgeon General des États-Unis occupe une fonction qui correspond à la plus haute autorité de santé publique des États-unis.

Lorsque l'information était disponible, nous avons complété les données sur l'évaluation des résultats par celles sur l'évaluation du processus d'implantation des mesures préventives.

## **LIMITES**

Le présent avis repose principalement sur l'analyse des publications de journaux scientifiques avec révision par les pairs et des publications des grands organismes de santé publique. Bien que cette stratégie de recherche permette d'assurer une qualité généralement satisfaisante des résultats de recherche, elle n'en comporte pas moins certaines limites. Parmi ces limites, on notera que les critères de sélection et d'inclusion des articles scientifiques faisant l'objet des synthèses varient d'un groupe de chercheurs à l'autre conduisant ainsi à des analyses et conclusions qui peuvent varier. Par ailleurs, les chercheurs diffusent moins les études ayant produit des résultats négatifs, créant ainsi un biais de publication. Enfin, les travaux non publiés et la consultation d'experts en contrôle du tabagisme chez les jeunes constituent d'autres sources d'information qui n'ont pas été exploitées dans le cadre de cet avis.

---

<sup>2</sup> En français (traduction libre) : Groupe de travail sur les services préventifs communautaires.

# 1 PROBLÉMATIQUE DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES

## 1.1 INTRODUCTION

Ce chapitre présente, à l'aide de données statistiques, la situation du tabagisme chez les jeunes au Québec et au Canada. Cependant, pour mieux comprendre le contexte dans lequel cette situation s'inscrit, nous présentons d'abord comment l'usage du tabac a évolué au cours des dernières décennies. Les facteurs qui influencent le tabagisme chez les jeunes sont ensuite décrits.

## 1.2 LE TABAGISME AU CANADA ET AU QUÉBEC, QUELQUES DONNÉES

### 1.2.1 Évolution du tabagisme dans la population

L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)<sup>(11)</sup>, réalisée entre novembre 2000 et septembre 2001, par entrevue en face à face auprès d'un échantillon de 130 000 personnes de 12 ans et plus, dont 24 280 au Québec, permet d'estimer avec un bon degré de précision la prévalence des fumeurs actuels<sup>3</sup> (annexes 1 à 4). Au Canada, la prévalence est de 25,9 % ( $\pm 0,4$  %, à 95 %) et au Québec de 29,5 %<sup>4, 5</sup> ( $\pm 0,8$  %, à 95 %); 31,1 % des hommes québécois et 27,9 % des femmes québécoises font usage du tabac.

L'enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)<sup>(12)</sup>, une enquête téléphonique menée en 2001 auprès d'un échantillon de 21 800 Canadiens de 15 ans et plus dont 2 155 Québécois, estime la prévalence de fumeurs actuels au Canada à 21,7 % ( $\pm 1,2$  %, à 95 %) et au Québec à 24,1 % ( $\pm 2,5$  %, à 95 %). L'écart des estimations entre ces deux enquêtes, de l'ordre de quatre à cinq points de pourcentage, s'expliquerait, d'après Statistique Canada, par le contexte : les gens seraient plus enclins à rapporter leur tabagisme quand ce sujet est intégré dans une enquête plus large. De plus, un contact personnalisé, à domicile, avec un interviewer permettrait d'obtenir une très bonne coopération des répondants. Notons enfin que la taille de l'échantillon de l'ESUTC est beaucoup plus petite que celle de l'ESCC et qu'ainsi les intervalles de confiance sont beaucoup plus larges. Pour toutes ces raisons, les données de l'ESCC seraient donc particulièrement robustes.

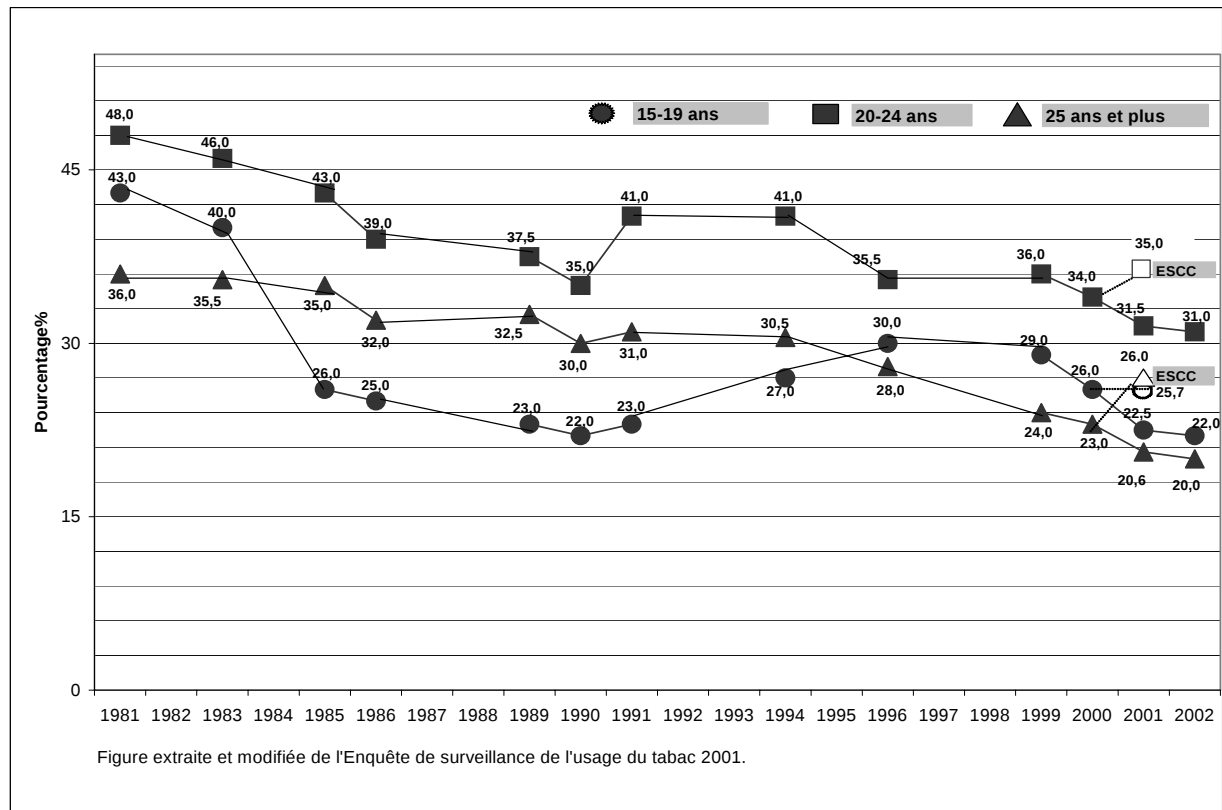
Depuis 1981, on observe un déclin marqué de la prévalence des fumeurs actuels au Canada et ce, pour tous les groupes d'âge (figure 1). En ce qui concerne les jeunes de 15 à 19 ans, la décroissance est forte jusqu'en 1985, se poursuit lentement jusqu'en 1990-91 et amorce une remontée de 1991 à 1996. Un déclin paraît s'amorcer entre 1996 et 1999 pour se poursuivre par la suite.

<sup>3</sup> Par fumeurs actuels, on entend fumeurs quotidiens et fumeurs occasionnels.

<sup>4</sup> La prévalence est de 30,2 % pour le groupe d'âge de 15 ans et plus.

<sup>5</sup> **Note relative aux estimations de prévalence** : Les comparaisons de prévalences sur des ensembles de populations (tous âges) doivent être faites avec prudence, les données n'étant jamais standardisées pour l'âge. Par exemple, il peut exister des différences dans les pyramides des âges entre provinces ou entre régions du Québec qui peuvent influencer les résultats dans un sens ou dans l'autre, ou faire que d'apparentes différences significatives ne le sont pas, ou l'inverse.

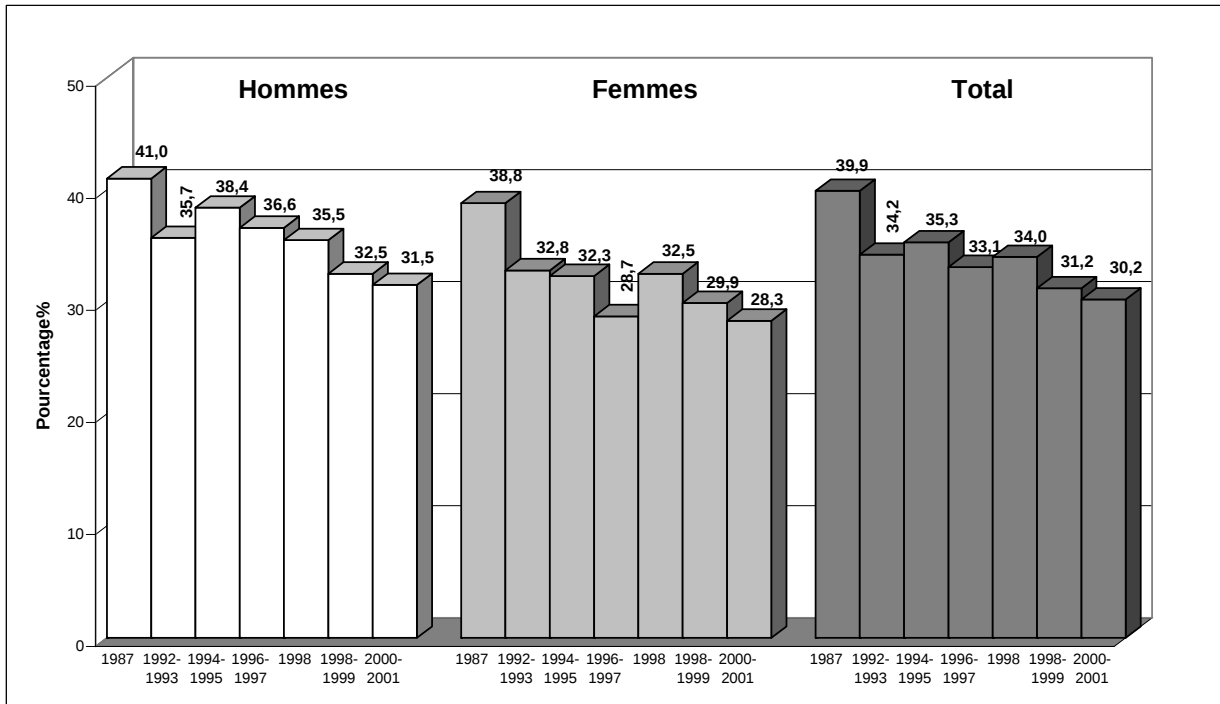
**Figure 1 Prévalence de fumeurs actuels, par groupes d'âge, Canada, de 1981 à 2001**



Sources : Supplément de l'enquête sur la population active 1981-1986; Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues 1989; Enquête de la promotion de la santé 1990; Enquête sociale générale 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, 1994, cycle 1; Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada 1999, 2000, 2001 et 2002; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001 (ESCC).

Comme au Canada, le tabagisme au Québec est en diminution entre 1987 et 2000-2001 (figure 2)<sup>(11,13)</sup>. Même si les comparaisons doivent se faire prudemment à cause de la diversité des sources et des méthodes de collecte des données, le taux de tabagisme chez les 15 ans et plus aurait diminué de près de 10 points de pourcentage sur une période de 14 ans.

**Figure 2 Prévalence de fumeurs actuels de 15 ans et plus selon le sexe, Québec 1987-2000/2001**



Sources : Enquêtes de Santé Québec, ISQ 1987, 1992-1993, 1998; Enquêtes de Santé Canada et enquêtes de Statistique Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 (ESCC).

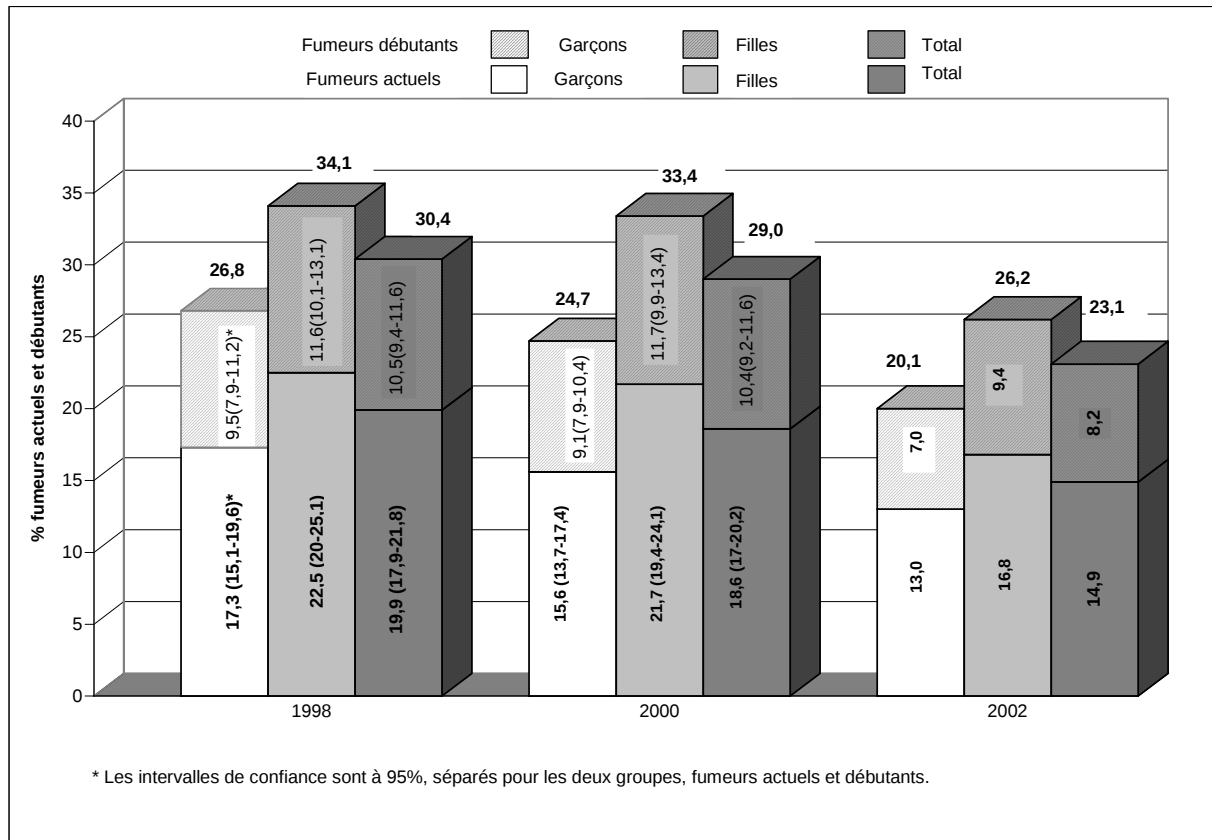
### 1.2.2 Tabagisme chez les jeunes

Il existe peu d'information sur l'usage du tabac par les jeunes Québécois de moins de 15 ans. Cependant, deux séries d'enquêtes majeures ont permis récemment de mieux connaître l'usage du tabac dans cette population. La première, l'enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, a été réalisée une première fois en 1998 et répétée en 2000 et 2002<sup>(14-16)</sup>. Elle permet de suivre l'évolution récente du tabagisme chez ces jeunes. La deuxième est l'enquête sur les collectivités canadiennes (ESCC) dont une première vague a été réalisée de septembre 2000 à novembre 2001. Elle devrait également être répétée tous les deux ans. Elle permettra de mieux suivre l'évolution du tabagisme chez les jeunes de 12 à 19 ans.

D'après la première enquête, réalisée auprès d'un échantillon de 4 730 élèves en 1998, près de 20 % des étudiants du secondaire étaient alors des fumeurs actuels, dont 12 % des fumeurs quotidiens. Dix pour cent des étudiants étaient des fumeurs débutants<sup>6</sup>. On remarquera la différence de prévalence entre les garçons et les filles. La prévalence parmi les étudiantes est plus élevée que chez les étudiants (figure 3).

<sup>6</sup> La catégorie débutant introduite dans ces études est constituée des personnes ayant fumé entre 1 et 99 cigarettes au cours de leur vie et qui ont fumé au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête. Dans les autres enquêtes, cette population est considérée comme faisant partie, la plupart du temps, des non-fumeurs.

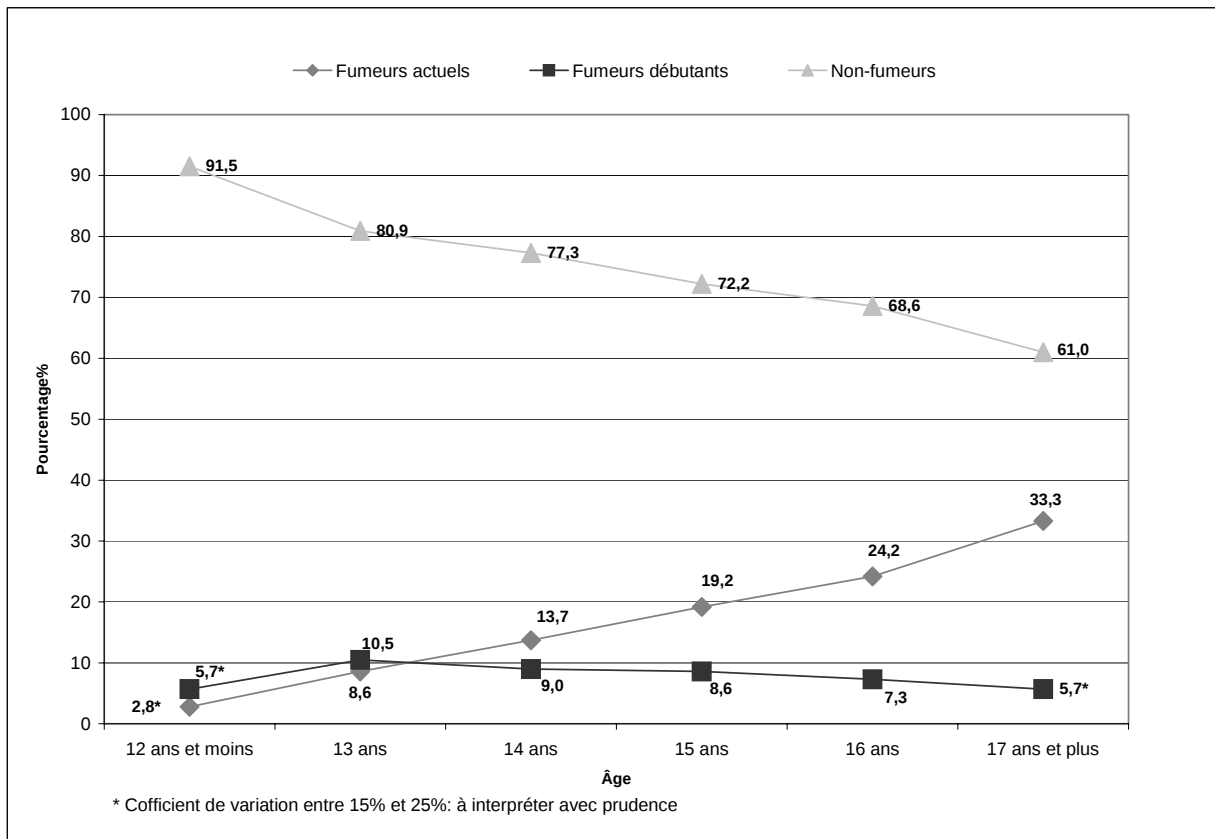
**Figure 3 Prévalence de fumeurs actuels et débutants chez les élèves du secondaire, selon le sexe, Québec 1998, 2000 et 2002**



Source : Données tirées de l'Institut de la statistique du Québec, Enquêtes québécoises sur le tabagisme chez les élèves du secondaire 1998, 2000 et 2002.

En 2002, l'enquête québécoise a montré qu'en 1<sup>re</sup> année et 5<sup>e</sup> année du secondaire, les proportions de fumeurs actuels étaient respectivement de 5,6 % et de 23,5 %. La figure 4 montre l'évolution du tabagisme en fonction de l'âge. On y note la croissance régulière du groupe des fumeurs actuels entre 12 et 16 ans, âges moyens des élèves de la 1<sup>re</sup> à la 5<sup>e</sup> secondaire. Les étudiants de la 5<sup>e</sup> secondaire ont commencé à fumer à l'âge moyen de 12,9 ans.

**Figure 4 Catégories de fumeurs selon l'âge chez les élèves du secondaire, Québec, 2002**



Source : Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002.

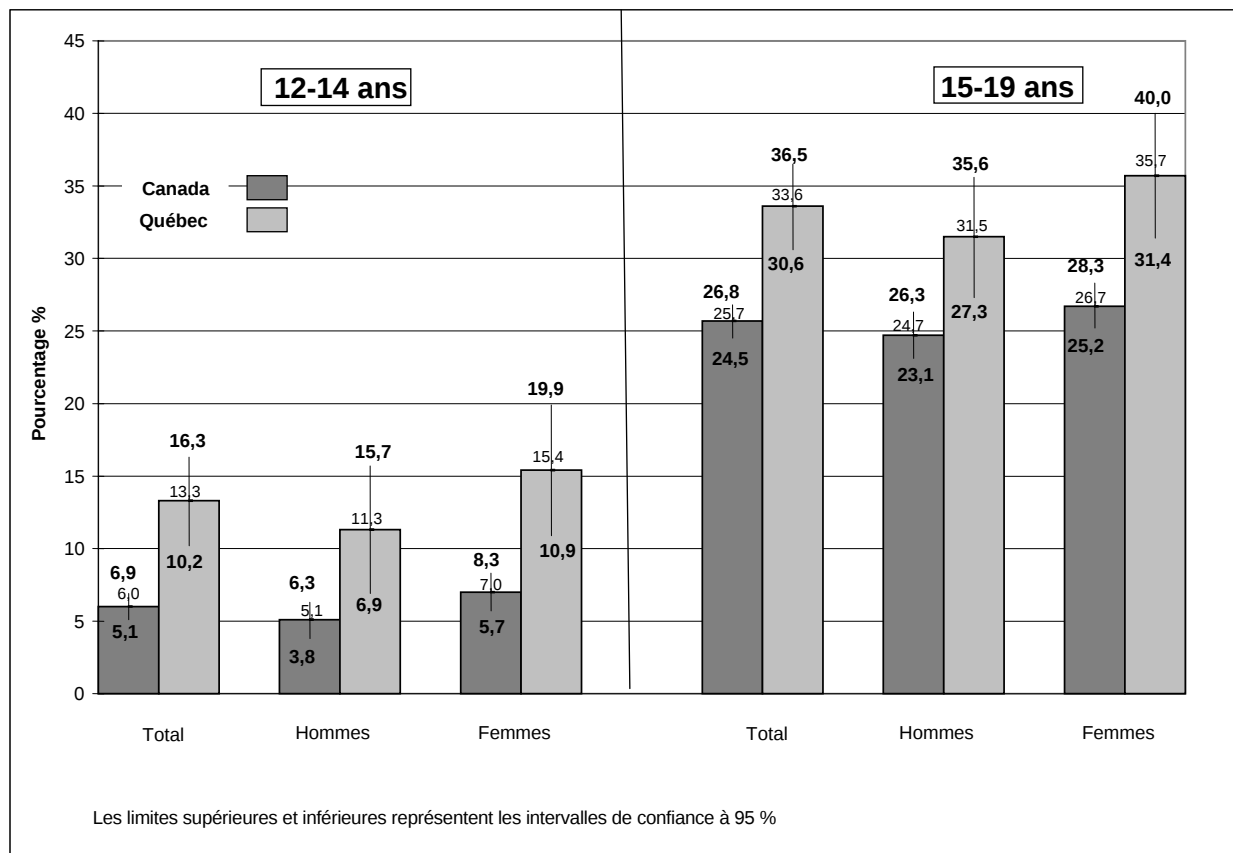
Il n'y a pas de différences significatives entre les résultats des enquêtes de 1998 et 2000 faites auprès des élèves du secondaire. Par contre, les données de l'enquête réalisée en 2002 mettent en évidence une baisse significative de la prévalence pour l'ensemble des fumeurs, quotidiens, occasionnels et débutants, celle-ci passant de 29 %, en 2000, à 23,1 % en 2002. La baisse est significative tant chez les garçons que chez les filles. Cette baisse semble surtout attribuable aux élèves des 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années. Les non-fumeurs « depuis toujours » sont passés de 48 % en 1998 à 60,4 % en 2002.

En ce qui concerne l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE), on note chez les élèves, une diminution significative de cette exposition dans la cour d'école, « chaque jour ou presque », celle-ci passant de 60 % à 50 %, entre 1998 et 2002. On observe aussi une augmentation des jeunes qui ne sont jamais exposés à la FTE à domicile, cette proportion passant de 41 % à 47 %.

Les données des enquêtes québécoises chez les élèves du secondaire présentent certaines limites. Les estimations des prévalences sous-estiment probablement la prévalence réelle du tabagisme chez les jeunes de cet âge si on fait l'hypothèse que les décrocheurs ont un taux d'usage du tabac plus élevé que ceux qui fréquentent l'école.

L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes permet d'estimer la prévalence des fumeurs actuels âgés de 12 à 14 ans et de 15 à 19 ans, en 2000-2001, au Québec. Comme le montre la figure 5, le tiers des jeunes de 15 à 19 ans (33,6 %  $\pm$  3 % à 95 %) faisait usage du tabac selon cette enquête, comparativement au quart des Canadiens de cet âge (25,7 %  $\pm$  1,2 à 95 %). La figure 5 illustre aussi que les jeunes de 12 à 14 ans fument deux fois plus au Québec qu'au Canada, si on se fie à la valeur centrale de l'estimation des prévalences. Dans les deux groupes d'âge, les filles fument plus que les garçons, et particulièrement plus au Québec.

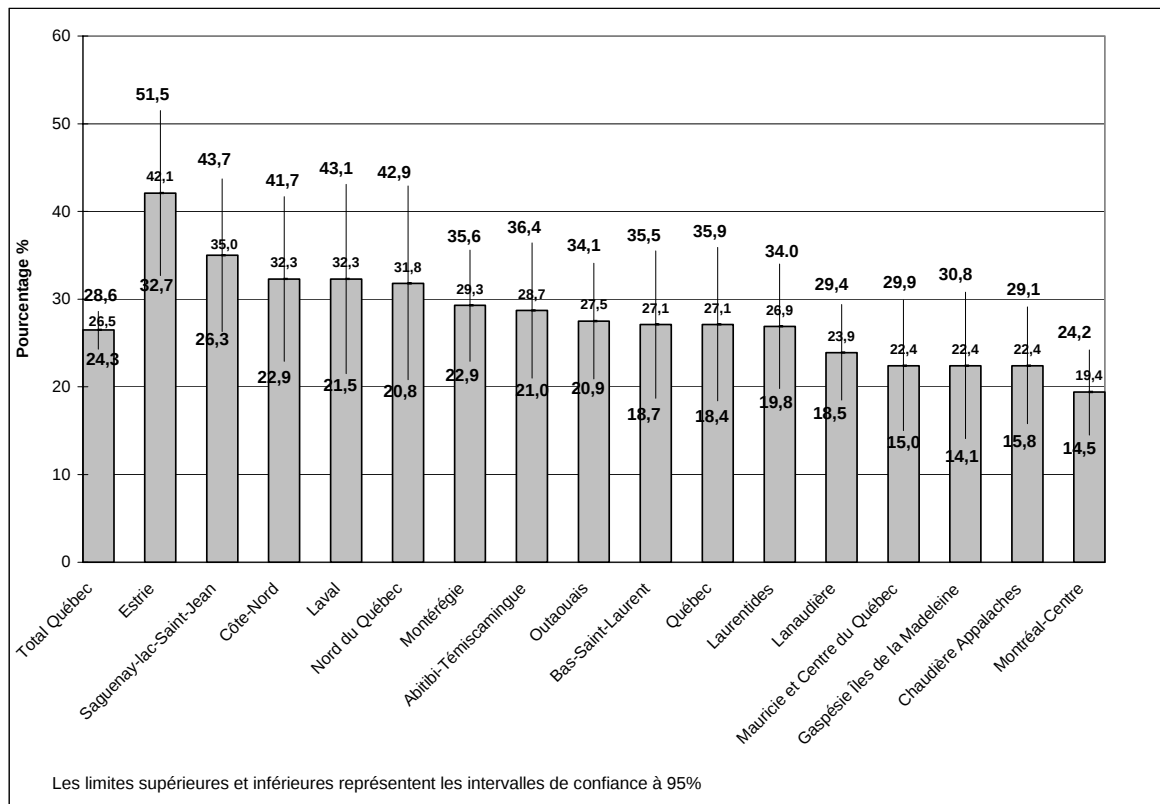
**Figure 5 Prévalence de fumeurs actuels de 12 à 14 ans et de 15 à 19 ans, selon le sexe, Canada et Québec, 2000-2001**



Source : Données tirées de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, 2000-2001 (ESCC, Statistique Canada, 2002).

L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes permet d'estimer la prévalence des fumeurs actuels chez les jeunes de 12-19 ans des différentes régions du Québec (figure 6). Ces prévalences varient de 19,4 % dans la région de Montréal à 42,1 % en Estrie. Ces données doivent toutefois être interprétées avec prudence à cause de l'étendue des intervalles de confiance.

**Figure 6 Prévalence de fumeurs actuels dans la population de 12 à 19 ans, Québec et régions, 2000-2001**



Source : Données tirées de L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada, 2002.

L'annexe 5 illustre le fait que la prévalence, chez les 15 à 19 ans, est particulièrement élevée au Québec. L'estimation de la prévalence dans ce groupe d'âge est de près de 4 points supérieure à celle de la population de 12 ans et plus, contrairement aux autres provinces où la prévalence des 15 à 19 ans est plus faible que celle des 12 ans et plus (Alberta, Ontario et Colombie-Britannique). Ceci laisse présager une augmentation de l'écart de prévalence entre le Québec et les autres provinces, dans la mesure où le taux de cessation serait le même à travers le Canada.

### 1.2.3 En résumé

Au cours des 20 dernières années, la prévalence du tabagisme dans la population générale a diminué tant au Canada qu'au Québec. Récemment, chez les jeunes, on constate la même tendance. Au Québec cependant, on fume plus qu'au Canada, peu importe l'âge et chez les jeunes filles particulièrement.

En 20 ans (de 1981 à 2001), au Canada, l'estimation de la prévalence des fumeurs actuels de 15 à 19 ans est passée de 43 % à 26 %. Au Québec, cette estimation est de 34 % pour la période 2000-2001. L'écart entre le Canada et le Québec est ainsi supérieur à huit points de pourcentage pour ce groupe d'âge. Chez les jeunes de 12 à 14 ans, l'estimation de la prévalence des fumeurs, correspond à plus du double de celle du Canada, avec un écart de plus de sept points de pourcentage<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> La différence réelle est plus grande que les estimations parce que la population du Québec est incluse dans celle du Canada.

Au Québec, entre 2000 et 2002, on a observé une baisse significative de l'estimation de la prévalence des fumeurs, chez les élèves du secondaire, apparemment attribuable aux plus jeunes. On a aussi constaté une baisse de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement. Soulignons enfin, que la prévalence du tabagisme chez les adolescentes québécoises est plus élevée que chez les garçons. L'écart de l'estimation de la prévalence entre les filles et les garçons, de 12 à 19 ans, est de l'ordre de quatre points de pourcentage, alors que cette différence n'est que de deux points au Canada, en 2000-2001.

### 1.3 FACTEURS D'INFLUENCE DE L'USAGE DU TABAC

D'après le rapport du Surgeon General des États-Unis publié en 1994 sur la prévention du tabac, il existerait cinq étapes avant qu'un adolescent ne devienne dépendant physiquement du tabac<sup>(17)</sup>.

Durant la *première étape*, ou étape préparatoire, les croyances et les attitudes au sujet de l'utilité du tabagisme se développent. Le tabagisme peut être vu, entre autres, comme une façon de paraître mature, indépendant, comme un moyen de faire face au stress ou encore d'établir des liens avec un groupe d'amis. La *deuxième étape* est la période d'essai, celle durant laquelle le jeune fume ses premières cigarettes, habituellement avec des amis. L'expérimentation, la *troisième étape*, est la période durant laquelle le jeune fume de façon répétée, mais irrégulière, lors de fêtes ou avec ses meilleurs amis alors qu'au cours de la *quatrième étape*, il fume chaque semaine et qu'ainsi l'usage du tabac est qualifié de régulier. Finalement, le jeune deviendrait dépendant physiquement au tabac à la *cinquième étape*<sup>(17)</sup>.

Jusqu'à tout récemment, les experts estimaient que ce processus s'étalait sur deux ou trois ans<sup>(17)</sup> et qu'en général, un jeune devait avoir fumé au moins 100 cigarettes au cours de sa vie avant d'être dépendant<sup>(18)</sup>. Des études récentes suggèrent que la dépendance au tabac pourrait survenir beaucoup plus tôt dans ce processus, avant même l'usage quotidien et après quelques cigarettes seulement pour certains fumeurs<sup>(19-21)</sup>. Dans une enquête longitudinale d'un an, auprès d'adolescents fumeurs, 22 % des 95 sujets ont rapporté un symptôme de dépendance à la nicotine moins de quatre semaines après avoir commencé à fumer au moins une cigarette par mois. Soixante adolescents ont ressenti un ou plusieurs symptômes de dépendance et de ces 60 sujets, 62 % avaient éprouvé leur premier symptôme avant de fumer tous les jours<sup>(19)</sup>. Il est donc possible que la dépendance à la nicotine s'installe beaucoup plus rapidement qu'on ne l'avait estimé.

Il est bien connu que plusieurs types de facteurs influencent l'usage du tabac chez les jeunes. Certains sont des facteurs sur lesquels il est difficile d'intervenir alors que d'autres peuvent être modifiés<sup>(22)</sup>.

Parmi les facteurs difficilement modifiables il y a :

- ▶ les facteurs sociodémographiques : âge, revenu, ethnie, structure familiale;
- ▶ les facteurs génétiques : prédispositions, sensibilité à la nicotine, métabolisme de la nicotine;
- ▶ les traits de personnalité : non-conformité sociale, prise de risques ou recherche de sensations fortes.

Les facteurs modifiables incluent :

- ▶ les facteurs personnels : image de soi, estime de soi, efficacité personnelle, perception des conséquences positives et négatives du tabac;
- ▶ les facteurs environnementaux : acceptabilité et accessibilité du tabac, normes sociales, influence familiale, influence des amis, imitation de modèles;
- ▶ les effets pharmacologiques liés au produit qui deviennent un facteur de maintien de l'usage du tabac<sup>(22)</sup>.

Il est important de se rappeler que ces facteurs agissent en même temps et interagissent entre eux pour façonner les décisions des adolescents.

### 1.3.1 Facteurs sociodémographiques

Il existe plusieurs facteurs sociodémographiques reliés à un risque élevé d'usage du tabac. Ainsi, la période de transition entre l'école élémentaire et l'école secondaire serait un moment à haut risque pour l'initiation au tabagisme<sup>(17)</sup>. Quant au sexe, on note depuis quelques années, une prévalence plus élevée chez les adolescentes que chez les adolescents dans certains pays comme aux États-Unis ou en Angleterre. En Chine ou au Japon<sup>(23)</sup>, les adolescents demeurent plus nombreux à fumer que les adolescentes. Au Québec, en 2002, 16,8 % des adolescentes du secondaire fumaient quotidiennement ou occasionnellement alors que c'était le cas de 13 % des adolescents<sup>(16)</sup>.

Les variables socio-économiques ont une influence indéniable sur l'usage du tabac. Ainsi, un bas niveau socio-économique est associé à un taux de tabagisme plus élevé chez les jeunes<sup>(17)</sup>. D'après plusieurs études, le bas niveau d'éducation des parents et en particulier celui du père (meilleur indice du niveau socio-économique), serait un facteur de risque prédictif de l'initiation au tabagisme<sup>(17,23)</sup>. D'autre part, le montant d'argent de poche dont disposent les adolescents influencerait leur statut tabagique<sup>(23)</sup>. Une étude menée auprès de jeunes Ontariens de 8<sup>e</sup> année a révélé que parmi les fumeurs actuels, 54 % d'entre eux disposaient de 10 \$ ou plus par semaine d'argent de poche alors que c'était le cas pour seulement 23 % des jeunes n'ayant jamais fumé<sup>(24)</sup>.

Enfin, il existerait une association entre le fait de vivre dans une famille monoparentale et l'usage du tabac durant l'enfance ou l'adolescence<sup>(17,23)</sup>. Vivre dans une famille composée de deux parents, serait un facteur protecteur<sup>(24)</sup>.

### 1.3.2 Facteurs individuels

#### ▶ Facteurs génétiques

Comprendre la dépendance à la nicotine intéresse de plus en plus les chercheurs du domaine de la génétique. En raison de leur bagage génétique, certaines personnes seraient moins sujettes à devenir dépendantes du tabac. Ces personnes se différencieraient par la neurotransmission dopaminergique ou encore, par le rythme auquel la nicotine se métabolise<sup>(25)</sup>. Bien que nous soyons encore loin d'avenues thérapeutiques ciblant les fumeurs en fonction de leur bagage génétique, il est possible que certaines percées soient tout de même réalisées dans un avenir

assez rapproché. Cela semble le cas pour des substances qui inhiberaient l'action d'un enzyme, le CYP 2A6, responsable de métaboliser de 70 % à 80 % de la nicotine en cotinine<sup>(26)</sup>.

En effet, il a été démontré que les adultes qui possédaient des allèles défectueux du CYP 2A6 étaient sous-représentés parmi les fumeurs ou qu'ils fumaient un moins grand nombre de cigarettes<sup>(26)</sup>. Ils seraient ainsi relativement protégés contre la dépendance à la nicotine. Une étude longitudinale récente menée auprès de Québécois du secondaire a toutefois démontré que les jeunes étaient plus à risque de devenir dépendants s'ils possédaient des allèles défectueux du CYP 2A6<sup>(280)</sup>.

Des différences dans le bagage génétique des individus pourraient aussi expliquer ce qu'une recension des écrits au sujet des premiers épisodes d'usage du tabac chez les jeunes révèle, à savoir que les adolescents qui deviennent des fumeurs réguliers rapportent moins d'effets désagréables lors de leurs premiers essais avec le tabac<sup>(27)</sup>.

### ► Traits de personnalité

Certains traits de personnalité se retrouvent plus fréquemment chez les jeunes qui s'initient au tabac. Les jeunes qui sont rebelles ont plus tendance à fumer<sup>(24)</sup>. C'est aussi le cas pour les adolescents qui prennent des risques ou qui recherchent des sensations fortes<sup>(23,28)</sup>. Des données d'une enquête américaine menée en 1997, indiquent qu'un plus grand pourcentage de jeunes ayant fumé au cours du mois précédant l'enquête, rapportaient également porter rarement leur ceinture de sécurité en voiture, avoir participé à au moins six batailles au cours de la dernière année, porter une arme, ou avoir fait une tentative de suicide<sup>(22)</sup>.

### ► Facteurs personnels

Certains facteurs personnels semblent offrir une protection face à l'initiation au tabagisme. Parmi ceux-ci, on retrouve les jeunes qui ont de bons résultats scolaires et ceux qui ont des aspirations quant à leur travail futur<sup>(17,23,24,29)</sup>. Le fait d'être impliquées dans des activités sportives organisées serait aussi un facteur protecteur pour les filles<sup>(17)</sup>.

En matière de tabagisme, la connaissance des effets à long terme du tabac sur la santé influencerait peu les jeunes. Toutefois, la crainte des effets à court terme et la personnalisation des risques pourraient décourager plusieurs d'entre eux à s'initier au tabac en modifiant leur perception de l'utilité de l'usage du tabac<sup>(17)</sup>.

Les jeunes qui fument auraient une moins bonne estime de soi<sup>(24)</sup>, une moins bonne image de soi et ils auraient plus de difficulté à résister aux pressions sociales les poussant à fumer ainsi qu'aux offres de cigarettes<sup>(17)</sup>.

Le tabagisme serait associé à la dépression. McNeill (2001), dans une recension des écrits, mentionne que, d'après une étude longitudinale de cinq ans, une histoire de dépression majeure augmentait de façon significative le risque de fumer et qu'une histoire de tabagisme quotidien augmentait aussi de façon significative le risque de faire une dépression majeure<sup>(30)</sup>. Bien qu'une étude menée auprès d'adolescents n'ait pas identifié que l'humeur dépressive augmentait le risque de tabagisme<sup>(31)</sup>, d'autres études récentes ont observé que des symptômes dépressifs augmentaient les chances de s'initier au tabac<sup>(32,33)</sup>.

Finalement, le stress a été reconnu dans plusieurs études comme un facteur associé à l'initiation au tabagisme et au maintien de l'habitude tabagique<sup>(23)</sup>. Mais, comme pour la dépression, les chercheurs ont de la difficulté à établir le type de causalité. Bien que fumer soit souvent rapporté par les fumeurs comme un moyen permettant de faire face au stress, Parrot affirme au contraire que c'est la dépendance à la nicotine qui augmente le stress<sup>(34)</sup>.

### 1.3.3 Facteurs environnementaux

#### ► Acceptabilité et accessibilité du tabac

Tant l'acceptabilité que l'accessibilité aux produits du tabac influenceraient le comportement tabagique des jeunes. La publicité et les activités promotionnelles de l'industrie du tabac, la présence importante d'acteurs faisant usage du tabac dans les émissions de télévision ou les films, le non-respect ou l'absence de lois interdisant la vente de tabac aux mineurs, le faible prix des produits du tabac sont tous des facteurs qui ont contribué au cours des ans à rendre les produits du tabac acceptables et facilement accessibles aux jeunes. De même, les messages véhiculés dans les médias ont renforcé l'idée que fumer était un comportement d'adulte, sophistiqué, attrayant et sexy. Ces messages ont ainsi contrecarré l'information se rapportant aux effets nocifs du tabac sur la santé et les efforts visant à informer la population que l'usage du tabac ne devrait pas être considéré comme normal<sup>(35,p.55)</sup> (voir le chapitre sur les médias pour plus de détails).

#### ► Influence familiale

Selon plusieurs études, le tabagisme des parents serait associé au tabagisme de leurs enfants, principalement lors des étapes de préparation et d'essai. Dans une recension des écrits sur les facteurs psychosociaux reliés au tabagisme des adolescents, environ deux fois plus d'études ont trouvé que le tabagisme des parents augmentait de façon significative le risque de tabagisme chez les adolescents et ce, plus chez les filles que chez les garçons<sup>(23)</sup>. Le parent qui fume constitue en effet un modèle de comportement que le jeune peut suivre et fournit la possibilité à ce dernier d'obtenir des cigarettes pour expérimenter<sup>(17)</sup>. L'influence du statut tabagique des parents serait toutefois modulée par d'autres facteurs. Ainsi, la désapprobation des parents face au tabagisme potentiel de leurs enfants<sup>(36)</sup> et la présence de règles et de punitions à la maison réduiraient le risque de fumer chez les enfants et les jeunes<sup>(37)</sup>. De plus, l'intention de fumer serait moindre si, en plus des règles établies, on discutait des risques à la santé des produits du tabac<sup>(37)</sup>. Ces observations ont été faites dans des familles où aucun des parents ne fumait tout comme dans des foyers où au moins un des parents faisait usage du tabac. D'autre part, plusieurs enquêtes suggèrent qu'une interdiction totale de fumer à la maison aurait plus d'effets sur le tabagisme des adolescents qu'une interdiction partielle<sup>(38)</sup>.

Enfin, l'implication des parents dans la supervision du temps libre de leurs enfants et leur communication sur des sujets reliés à la santé influenceraient favorablement les décisions des jeunes par rapport au non-usage du tabac<sup>(17)</sup>. L'intérêt des parents dans la réussite académique de leurs enfants et l'attachement des jeunes à leurs parents seraient aussi des variables protectrices par rapport à l'initiation au tabac comme l'a révélé une étude longitudinale de quatre ans menée auprès de plus de 800 jeunes Américains de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année<sup>(32)</sup>. Ces facteurs agiraient en augmentant l'estime de soi, les compétences académiques et en permettant aux jeunes d'être plus en mesure de faire face aux différentes situations stressantes de la vie<sup>(29)</sup>.

Depuis les 30 dernières années, de nombreuses études ont trouvé une association entre l'initiation au tabac et le tabagisme des frères ou des sœurs plus âgés<sup>(29)</sup>. Selon une étude réalisée auprès d'enfants de la 3<sup>e</sup> à la 6<sup>e</sup> année, 40 % d'entre eux se seraient initiés au tabac avec un membre de leur famille<sup>(39)</sup>.

#### ► Influence des amis, des pairs

La plupart des adolescents sont fortement influencés par leurs amis et leur perception de ce qui est acceptable ou non dans un groupe. Il en est de même pour l'usage du tabac. Avoir parmi ses meilleurs amis des fumeurs est probablement le facteur prédictif le plus puissant et le plus régulièrement identifié du tabagisme des jeunes de 14 à 18 ans<sup>(29)</sup>. Ce qui est moins clair toutefois, c'est la direction de cette association. Est-ce vraiment l'influence des pairs qui porte à fumer ou est-ce plutôt le fait que les jeunes fumeurs tendent à sélectionner leurs amis parmi les fumeurs?<sup>(23)</sup>.

Les adolescents ont tendance à surestimer la prévalence du tabagisme chez leurs pairs, jusqu'à 50 % de plus<sup>(29)</sup>. Cette perception erronée serait un déterminant du tabagisme plus important que l'usage réel du tabac par les amis<sup>(23)</sup>.

#### 1.3.4 Effets pharmacologiques liés au produit

Les adolescents qui expérimentent le tabac et qui persistent dans leur habitude deviennent, sans vraiment s'en rendre compte, dépendants. Ils ont à faire face à des symptômes de sevrage comme les fortes envies de fumer s'ils n'inhalent pas une quantité suffisante de nicotine pour leur permettre de fonctionner dans la vie de tous les jours. Ces effets pharmacologiques deviennent ainsi un facteur de maintien de l'usage du tabac.

### 1.4 EN RÉSUMÉ

Bien que l'usage du tabac soit à la baisse au Québec, y compris récemment chez les jeunes du secondaire, la situation peut encore être considérée comme préoccupante si on se compare au Canada. Il est possible d'identifier une variété de facteurs pour lesquels les jeunes ne commencent pas à fumer et ne développent pas de dépendance à la nicotine. Les adolescents les moins à risque de fumer réussissent bien à l'école, sont intéressés par leur santé, font du sport, choisissent des amis non-fumeurs, ont des parents non-fumeurs et qui désapprouvent l'usage du tabac. Ils ont peu de signes de dépression ou une image de soi négative et n'ont pas de problèmes de comportement<sup>(29)</sup>. Ils grandissent dans un environnement où les produits du tabac sont difficilement accessibles et ne font pas l'objet de promotion de la part de l'industrie du tabac. S'ajoutent à ces variables des facteurs sur lesquels il est impossible d'intervenir comme les facteurs sociodémographiques, les traits de personnalité et les facteurs génétiques.

## **2 LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU TABAGISME EN MILIEU SCOLAIRE**

### **2.1 INTRODUCTION**

Ce chapitre fait la synthèse des publications scientifiques qui se sont penchées sur les programmes de prévention du tabagisme dans les écoles. Pour guider le choix des interventions prioritaires, nous discuterons de l'efficacité des interventions et de leur faisabilité.

La première partie de ce chapitre rappelle les recommandations des experts en ce qui a trait à la prévention du tabagisme en milieu scolaire. Les parties suivantes portent un regard approfondi sur les interventions menées à l'intérieur des classes, sur les politiques antitabac à l'école et sur la participation des parents et des jeunes.

### **2.2 CADRE DE RÉFÉRENCE POUR GUIDER L'INTERVENTION EN MILIEU SCOLAIRE**

#### **2.2.1 Recommandations des experts**

Au cours des quinze dernières années, les spécialistes dans le domaine du tabagisme ont produit plusieurs états de connaissances et directives sur la prévention et la réduction du tabagisme juvénile. On retrouvera à l'annexe 6, une revue des principales publications qui ont contribué à l'évolution des stratégies de lutte au tabagisme chez les jeunes par la formulation de recommandations orientant les pratiques.

Les lignes directrices pour les programmes scolaires, émises par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en 1994, constituent le document de référence en ce qui concerne l'intervention en milieu scolaire. Il comprend sept recommandations que nous résumons ici sommairement<sup>8(40)</sup> :

#### **► Politique**

Élaborer et appliquer une politique sur l'usage du tabac à l'école.

#### **► Informer**

Transmettre de l'information sur les conséquences négatives à court et à long termes de l'usage du tabac, les pressions sociales qui en influencent l'usage, les normes des pairs à cet effet et les habiletés à refuser de fumer.

#### **► Curriculum**

Fournir une éducation préventive sur le tabac de la maternelle à la première année des études collégiales<sup>9</sup>. Offrir une éducation préventive intensive au début de l'adolescence en 6<sup>e</sup> année et en secondaire 1 et 2 et renforcer le programme au deuxième cycle du secondaire.

---

<sup>8</sup> La version complète peut être aisément consultée sur le site électronique des CDC à l'adresse : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00026213.htm>

<sup>9</sup> La première année des études collégiales au Québec correspond à la 12<sup>e</sup> année aux États-Unis.

► **Formation**

Offrir une formation pertinente aux professeurs de manière à ce que le curriculum scolaire soit transmis adéquatement.

► **Implication des parents**

Obtenir la participation des parents et des familles aux programmes de prévention du tabagisme offerts à l'école.

► **Cessation**

Offrir la possibilité de participer à des programmes de cessation et secondar les efforts de renoncement au tabac des élèves et de tous les membres du personnel de l'école qui en font l'usage.

► **Évaluation**

Évaluer le programme de prévention du tabagisme à intervalles réguliers.

Bien que l'intervention en milieu scolaire soit souvent assimilée au seul curriculum scolaire se déroulant en classe, il importe de noter que le programme des CDC exige depuis 1994 de s'attaquer aux deux déterminants principaux du tabagisme : les facteurs individuels et les facteurs environnementaux. Les leçons en classe visent la modification des facteurs individuels tels que les connaissances et les attitudes. Les facteurs environnementaux réfèrent à l'implication des parents et à l'adoption d'une politique interdisant le tabagisme dans l'école, sur les terrains et lors d'événements scolaire, ce qui encourage les professeurs et le personnel non-enseignant à cesser de fumer. Pour Willemsen et De Zwart (1999)<sup>(41)</sup>, il ne fait aucun doute que le curriculum doit être imbriqué dans un programme plus large d'école sans fumée dans lequel une interdiction de fumer et des actions pour cesser de fumer s'adressant aux professeurs et au personnel non enseignant constituent des composantes majeures. Le programme scolaire doit s'imbriquer quant à lui dans un programme coordonné de contrôle du tabagisme plus complet de manière à intervenir sur l'ensemble des déterminants du tabagisme juvénile<sup>(29)</sup>.

Durant les années 1990, suivant l'exemple de la Californie, plusieurs États américains ont implanté un programme écologique de contrôle du tabagisme. L'analyse des caractéristiques de ces programmes et de leur efficacité a conduit les CDC à produire en 1999 un guide intitulé *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*<sup>10(6)</sup>. Ce guide présente les diverses composantes des programmes écologiques recommandés dont la composante en milieu scolaire. À ce chapitre, les CDC recommandent à nouveau d'implanter les lignes directrices nationales de 1994. Les *Best Practices* spécifient de plus que ce programme scolaire doit faire lui-même partie d'un programme de contrôle du tabagisme plus général qui permet de « lier les efforts scolaires à des interventions communautaires et à des programmes de démarketing »<sup>(6,p.16)</sup>.

Contrairement aux documents antérieurs, les *Best Practices* précisent le budget à allouer à chaque composante du programme écologique de contrôle du tabagisme. Ainsi pour le programme de prévention en milieu scolaire, il est recommandé d'accorder aux districts scolaires de 500 000 \$ US à 750 000 \$ US annuellement, pour le personnel et les ressources de même que pour la formation et l'assistance technique. Un montant de 4 \$ US à 6 \$ US par élève, de la

---

<sup>10</sup> En français (traduction libre) : Pratiques exemplaires pour les programmes écologiques de contrôle du tabagisme.

maternelle à la 12<sup>e</sup> année, devrait être également alloué annuellement aux Districts scolaires pour l'actualisation du programme de prévention<sup>(6)</sup>.

Après une revue exhaustive des écrits scientifiques et un examen minutieux des preuves publiées, un rapport édité en 2001 dans l'*American Journal of Preventive Medicine* a présenté l'ensemble des recommandations pour réduire l'exposition à la fumée secondaire du tabac et l'initiation au tabagisme, et augmenter l'arrêt tabagique<sup>(8)</sup>. Au moment de la publication de ce rapport, les travaux se rapportant aux interventions en milieu scolaire n'étaient pas complétés et les recommandations ont été reportées à plus tard. Le rapport de l'*American Journal of Preventive Medicine* a ainsi référé le lecteur aux recommandations des principaux documents antérieurs, soit le rapport du Surgeon General des États-Unis de 2000<sup>(7)</sup>, les *Best Practices* des CDC de 1999<sup>(6)</sup> et le rapport de l'Institute of Medicine de 1994<sup>(35)</sup>.

Les recommandations du dernier rapport du Surgeon General des États-Unis en 2000<sup>(7)</sup> ne diffèrent pas en substance de son rapport de 1994 ni de celui publié la même année par l'Institute of Medicine<sup>(17,35)</sup>. Selon Jacobson et coll. (2001)<sup>(29)</sup>, la littérature récente confirme ce qui a été conclu dans les deux rapports scientifiques de 1994. Il y a eu peu de développements depuis et très peu de nouvelles évaluations de programmes scolaires ont été effectuées.

Au niveau des programmes en milieu scolaire, le rapport du Surgeon General des États-Unis<sup>(7)</sup> rappelle que, tel que démontré par les résultats de recherche, les programmes scolaires sont plus efficaces lorsqu'ils sont combinés à des campagnes médiatiques et à des efforts communautaires impliquant les parents et d'autres ressources de la communauté. Ce rapport souligne le rôle critique de l'implantation d'une politique sans tabac en milieu scolaire qui interpelle le directeur, le personnel et les étudiants, et qui couvre toutes les installations scolaires, les propriétés, les véhicules et les événements. Ainsi, pour maximiser l'impact des programmes scolaires, il importe de les inscrire dans un environnement cohérent.

### 2.2.2 Implantation des recommandations aux États-Unis

En 1995, l'étude *School Health Policies and Programs Study* (SHPPS)<sup>11</sup> effectuée par Collins, Small et coll. (1995)<sup>(42)</sup> a identifié le nombre d'écoles adhérant à une approche écologique de prévention du tabagisme chez les jeunes suivant les trois critères suivants :

- ▶ disposer d'une politique antitabac;
- ▶ avoir au moins un professeur qui traite du tabagisme comme un sujet majeur et qui couvre quatre contenus essentiels (effets à court terme sur la santé, attitudes des groupes envers le tabagisme, influences sociales, compétences sociales générales de la vie quotidienne et capacité à refuser l'offre de tabac);
- ▶ offrir aux élèves l'accès à des services de cessation.

Les résultats de l'étude ont montré que très peu d'écoles rencontraient ces critères majeurs recommandés par les lignes directrices des CDC. En effet, seulement 4 % des écoles américaines observaient ces trois critères. Le pourcentage d'écoles rencontrant un seul critère était de 41 %, deux critères de 26 %. Plus du quart des écoles (29 %) n'observaient aucun de ces critères. Une seconde enquête (non publiée) réalisée en 1994 par J. K. Worden et B. S. Flynn

<sup>11</sup> En français (traduction libre) : Étude des programmes et politiques de santé des écoles (SHPPS).

(1983)<sup>(43)</sup> a montré par ailleurs que pratiquement aucun État n'offrait de programme d'organisation communautaire pour compléter les programmes éducatifs à l'école.

On notera que les deux enquêtes ont été réalisées avant la publication des lignes directrices et des pratiques exemplaires des CDC. Selon le Surgeon General des États-Unis, la disponibilité de ces guides pratiques devrait permettre un meilleur transfert des connaissances sur le terrain.

### 2.2.3 En résumé

Les *Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction*<sup>12(40)</sup> et les *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*<sup>13(6)</sup> produites respectivement en 1994 et 1999 par les CDC, constituent les deux documents de référence pour l'intervention en milieu scolaire. Le premier document recommande la mise en place d'un curriculum scolaire qui doit s'insérer dans un environnement scolaire cohérent. Les CDC recommandent donc une politique scolaire antitabac complète assortie de services de cessation et l'implication des parents. Le deuxième document décrit l'ensemble des composantes qui devraient être incluses dans un programme écologique de contrôle du tabagisme (démarketing, réglementation, cessation, etc.). L'intervention en milieu scolaire constitue une des composantes essentielles d'un tel programme. À ce chapitre, les CDC réitèrent les lignes directrices émises en 1994 et recommandent d'associer aux mesures en milieu scolaire d'autres interventions visant l'environnement social telles que l'intervention médiatique et l'action communautaire.

## 2.3 LES INTERVENTIONS MENÉES DANS LES CLASSES

### 2.3.1 L'éducation en classe

En 1964, la publication du rapport du *Surgeon General* des États-Unis, en fournissant la preuve que le tabagisme était associé à des maladies mortelles, a stimulé le développement de programmes éducatifs en milieu scolaire. Plusieurs de ces programmes ont ainsi été évalués et les approches offrant le plus de succès ont été identifiées. Ainsi, les stratégies et techniques éducationnelles relativement simples du début ont fait place à des programmes plus complexes utilisant de multiples canaux<sup>(7,35)</sup>.

#### 2.3.1.1 Évolution des curriculums scolaires

Les premières interventions éducatives pour contrôler le tabagisme chez les jeunes, avant le milieu des années 1970, se sont basées, pour la plupart, sur le modèle du *déficit informationnel* ou le *modèle rationnel*. Suivant cette approche, le programme devait fournir des informations sur les risques à la santé et les conséquences négatives du tabagisme, plus souvent de manière à faire peur ou à faire naître de l'inquiétude. Bien qu'améliorant le niveau de connaissances, les programmes basés sur ce modèle ont généralement été démontrés inefficaces pour prévenir l'initiation ou pour réduire la consommation chez les fumeurs réguliers. Fournir des connaissances sur les conséquences du tabagisme a été considéré comme une étape fondamentale et nécessaire mais insuffisante pour changer le comportement subséquent<sup>(7,29,35)</sup>.

---

<sup>12</sup> En français (traduction libre) : Lignes directrices pour les programmes de santé en milieu scolaire en vue de prévenir l'usage du tabac et la dépendance.

<sup>13</sup> En français (traduction libre) : Pratiques exemplaires pour les programmes écologiques de contrôle du tabagisme.

La seconde approche majeure des programmes de prévention du tabagisme juvénile a été fondée sur le *modèle éducatif affectif ou curriculum sur les compétences sociales*. Celle-ci s'est intéressée aux facteurs individuels qui influencent les décisions relatives à l'usage du tabac. On a reconnu à travers cette approche que le manque de connaissance à propos des dangers du tabac n'était pas le seul facteur associé à l'initiation au tabagisme. Les chercheurs ont alors émis l'hypothèse que puisque le tabagisme et d'autres comportements antisociaux étaient souvent reliés, une emphase sur l'amélioration de l'image et de l'estime de soi pouvait affecter positivement l'ensemble de ces comportements. Les contenus transmis ont donc visé à développer des capacités intrapersonnelles et des compétences sociales. Ils ont porté notamment sur la confiance en soi, sur le développement des techniques de gestion du stress, la clarification des valeurs et le soutien pour l'établissement de buts à atteindre<sup>(7,29,35)</sup>. Les résultats d'évaluation de ce type d'intervention ont généralement montré un impact faible ou négligeable<sup>(7,29,35)</sup>. D'après l'Institute of Medicine des États-Unis<sup>(35,p.145)</sup>, un effet inattendu de ces programmes, suggéré mais non prouvé de façon concluante par plusieurs études, a pu même être de susciter un intérêt pour le tabac plutôt que de décourager le tabagisme.

La troisième approche pour prévenir le tabagisme s'est basée sur le *modèle des influences sociales*. Dans cette approche, le programme reconnaît et met l'emphase sur l'environnement social. Il est constitué de deux composantes essentielles : 1) la résistance aux influences sociales et 2) l'éducation normative. La formation à la résistance sociale inclut l'information sur les facteurs sociaux qui incitent à fumer tels que les pairs, les parents et les médias, de façon à ce que les élèves puissent être en mesure de se prémunir contre ces influences. La formation à la résistance comprend également des répétitions et des méthodes de renforcement pour que les jeunes puissent mieux résister à la pression à laquelle ils sont soumis dans diverses situations. La composante d'éducation normative se penche sur les effets du tabagisme et accorde une attention particulière à corriger la perception erronée qu'ont les jeunes de la prévalence du tabagisme<sup>(29,44)</sup>. Ainsi, la plupart des programmes basés sur les influences sociales comportent les composantes suivantes<sup>(35)</sup> :

- ▶ L'information se rapportant aux conséquences négatives à court terme du tabagisme (par exemple : mauvaise haleine, dents jaunes, réduction de la circulation sanguine ou vasoconstriction).
- ▶ Une exploration des croyances erronées concernant le tabagisme (par exemple : que les élèves surestiment généralement le % des pairs qui fument).
- ▶ Un examen des raisons expliquant pourquoi les élèves fument (par exemple : l'acceptation des pairs et la recherche d'une image).
- ▶ La pratique de stratégies de résistance aux influences poussant au tabagisme (par exemple : les habilités à refuser).

Plusieurs programmes ont voulu compléter l'approche sur les influences sociales en incluant des composantes qui favorisent la confiance en général, la prise de décision et les habiletés de communication. D'autres ont ajouté des stratégies pour résoudre les problèmes et pour faire face au stress et à l'anxiété, et pour développer les capacités d'affirmation et de contrôle de soi. Le programme *Life Skills Training* développé par Botvin et coll. (1980, 1992)<sup>(45,46)</sup> s'inscrit dans cette optique. Dans ce programme, la composante sur les influences sociales a été complétée par une composante psychosociale importante portant sur l'amélioration des compétences personnelles et sociales générales des élèves<sup>(44)</sup>. Le contenu des programmes sur les influences sociales varie donc beaucoup tout en possédant un tronc commun portant sur les influences sociales et

l'éducation normative. La grande variation des curriculums scolaires rend la caractérisation des études difficile<sup>(47)</sup>.

### 2.3.1.2 Efficacité des curriculums scolaires

Une compilation des revues des écrits scientifiques se rapportant aux programmes de prévention du tabagisme a été effectuée par une équipe de chercheurs de l'université de York en Angleterre. Cet examen a montré que l'approche sur les influences sociales était celle qui avait conduit aux meilleurs résultats<sup>(48)</sup>. À l'instar des méthodes d'analyse des Cochrane Review, une attention particulière a été accordée à la qualité méthodologique des publications retenues. Après l'examen de sept revues des écrits<sup>(49-55)</sup> provenant principalement du Canada et des États-Unis et couvrant plus de 170 études, les chercheurs ont jugé que la preuve de l'efficacité des programmes scolaires pour prévenir l'initiation du tabagisme chez les jeunes demeurait incomplète. Malgré cette lacune, les chercheurs ont conclu que les programmes du type renforcement social/norme sociale qui comprend dans le curriculum un contenu sur les conséquences à court terme du tabagisme sur la santé combiné à de l'information sur les influences sociales qui poussent à fumer et complété par une formation sur les façons de résister aux incitations à fumer, semblaient plus efficaces que les interventions traditionnelles basées uniquement sur l'information.

Jusqu'en 2001, la majorité des synthèses couvrant les recherches sur la prévention du tabagisme sont arrivées aux mêmes conclusions, à savoir que les programmes scolaires de prévention du tabagisme qui identifient les influences sociales incitant les jeunes à fumer et qui enseignent les habilités à résister à de telles influences, ont montré une réduction à court terme du tabagisme chez les adolescents, une initiation au tabagisme se faisant plus tardivement et des changements souhaités dans les attitudes se rapportant au tabagisme<sup>(29)</sup>. Toutefois, pour que les effets soient maintenus à long terme, d'autres interventions sont jugées nécessaires<sup>(17, chap.6)</sup>. Les CDC des États-Unis indiquent que les programmes qui diffèrent au niveau du format, de l'envergure, des méthodes de transmission et des milieux communautaires ont produit des différences dans la prévalence du tabagisme entre les groupes expérimentaux et les groupes témoins qui ont varié de 25 % à 60 % et qui ont persisté de un à cinq ans après la fin du programme. L'efficacité des programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire peut être améliorée par des sessions de rappel, des programmes incluant des interventions communautaires impliquant les parents et les organisations communautaires, des politiques en milieu scolaire, un volet mass média et des restrictions quant à l'accès des jeunes au tabac<sup>(6)</sup>.

Une analyse très rigoureuse de l'efficacité des programmes scolaires visant à prévenir le tabagisme chez les jeunes a été effectuée plus récemment par Thomas (2002)<sup>(47)</sup>, dans le cadre des recensions des écrits Cochrane Review. En ce qui concerne les programmes sur les influences sociales, l'analyse qui couvre les toutes dernières recherches arrive à des conclusions beaucoup plus nuancées en comparaison de celles des revues antérieures. Selon Thomas (2002)<sup>(47)</sup>, après une évaluation positive du curriculum sur les influences sociales en 1994<sup>(17)</sup>, le rapport du Surgeon General des États-Unis de 2000<sup>(7)</sup> s'est montré plus prudent en concluant qu'il y avait un manque de preuves solides pour des effets à long terme. Depuis la publication de ce rapport, il y a eu davantage d'études qui n'ont pu détecter des effets à long terme<sup>(56-58)</sup>, questionnant ainsi la pertinence des interventions en milieu scolaire avec plus d'acuité.

## **Cochrane Review**

La revue des écrits réalisée par Thomas (2002)<sup>(47)</sup> a recensé les études à partir des années 1970 jusqu'en juillet 2002. Le rapport d'analyse décrit de façon détaillée l'ensemble de la démarche d'examen de l'efficacité des programmes scolaires à réduire la prévalence du tabagisme juvénile. Conformément à l'évolution des contenus des programmes scolaires exposée précédemment, les curriculums scolaires ont été regroupés en fonction de leur orientation théorique, selon les cinq groupes suivants :

- ▶ la transmission d'informations;
- ▶ l'amélioration des compétences sociales générales;
- ▶ l'approche sur les influences sociales et les habilités à refuser;
- ▶ les méthodes combinées sur les compétences sociales et les influences sociales;
- ▶ les programmes de type multimodal (c'est-à-dire à cibles et à stratégies multiples) qui associent le curriculum scolaire à des actions tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'école comme les programmes scolaires et communautaires, les programmes pour les parents ou les interventions pour changer les politiques scolaires sur le tabagisme ou les politiques nationales sur les taxes, la vente, l'accès et l'usage du tabac.

La recension des écrits Cochrane Review a examiné les programmes scolaires s'adressant aux enfants âgés de 5 à 12 ans et aux adolescents de 13 à 18 ans. Pour chaque étude, l'auteur a déterminé si le programme expérimental était comparé à un groupe témoin, et si le groupe témoin n'avait reçu aucune intervention ou le curriculum d'éducation à la santé ou antitabac utilisé normalement dans l'école. Les études ont été réparties selon leur qualité méthodologique, les études de catégorie 1 constituant les études les plus rigoureuses avec groupe témoin, sélection des échantillons au hasard (étude expérimentale randomisée) et contrôle optimal des sources de biais. De plus, les études classées dans cette catégorie devaient avoir effectué des mesures d'évaluation au minimum six mois après l'intervention<sup>14</sup>. Les études de catégorie 2 contenaient un ou plus de problèmes pouvant menacer la validité des conclusions, ou avaient effectué les dernières mesures dans un délai trop court. Enfin, les études de catégorie 3 présentaient de sérieux problèmes au niveau du devis ou de l'exécution de l'étude. Des 191 études identifiées au départ, 76 études ont été retenues. De ce nombre 16 ont été classées dans la catégorie 1, 37 dans la catégorie 2 et 26 dans la catégorie 3.

L'analyse des différentes études a conduit aux résultats suivants : pour ce qui est du curriculum axé sur la transmission d'informations, aucune étude de catégorie 1 n'a évalué ce type de curriculum. En l'absence d'études rigoureuses sur la transmission d'informations seule, il est difficile d'exclure totalement un effet sur le comportement tabagique mais les études disponibles (de catégorie 2) indiquent qu'il y a peu de preuves positives pour appuyer cette approche.

Bien que donnant des résultats positifs à court terme, une seule étude a évalué une intervention portant strictement sur les compétences sociales. Bien que cette étude ait été de catégorie 1, la preuve a été jugée insuffisante pour appuyer le curriculum axé uniquement sur les compétences sociales.

---

<sup>14</sup> Pour *Cochrane Review*, les effets à court terme s'étendent de 6 mois à 2 ans après l'intervention. Après 2 ans, les effets observés sont qualifiés d'effets à long terme.

Quinze études de catégories 1 dans lesquelles le modèle sur les influences sociales était le mode dominant d'intervention ont été identifiées. Parmi celles-ci, huit ont montré des effets positifs sur la prévalence du tabagisme alors que sept autres n'ont pas réussi à détecter un effet. L'étude la plus importante et la plus rigoureuse, le *Hutchison Smoking Prevention Project*<sup>15</sup>, un programme intensif de huit ans, n'a trouvé aucun effet à long terme sur le comportement tabagique des jeunes<sup>(58)</sup>. Ces derniers résultats ont entraîné une réévaluation des conclusions positives établies antérieurement.

Un certain nombre d'études ont considéré la combinaison de modèles sur les influences sociales et les compétences sociales comme le *Life Skills Training*<sup>16</sup> mais aucune étude de catégorie 1 n'a évalué cette approche. Plusieurs études de catégorie 2 ont indiqué que les programmes combinés pouvaient avoir un effet sur la prévalence du tabagisme. Cependant, la revue des écrits démontre un manque de preuves de qualité qui permettrait d'établir que lorsque l'approche sur les influences sociales est jumelée à celle sur les compétences sociales, l'efficacité s'en trouve améliorée. Il en est de même pour les programmes de type multimodal qui incluent les interventions communautaires. Il y a en effet très peu de données sur lesquelles se baser pour savoir si les interventions sur les influences sociales combinées à des initiatives multimodales peuvent vraiment améliorer l'efficacité des interventions sur les influences sociales. Enfin, bien que certains analystes fassent valoir que les initiatives communautaires puissent présenter un meilleur rapport coût efficacité par rapport aux programmes scolaires, aucune étude n'a comparé les effets d'un programme scolaire avec ceux d'initiatives dans la communauté.

#### Controverse sur la valeur à accorder aux résultats des études

La recension des écrits Cochrane Review<sup>(47)</sup> a démontré qu'il existe des preuves à l'effet que les programmes scolaires adoptant un modèle sur les influences sociales puissent avoir un effet sur le comportement tabagique à court terme. De plus, quelques études avec de longues périodes de suivi ont obtenu des résultats positifs. Les études de Botvin et coll.<sup>(59-61)</sup> (1990, 1995) sur le *Life Skills Training* ont montré une réduction de 25 % de la consommation de cigarettes jusqu'à la fin de la 12<sup>e</sup> année et le programme *Towards No Tobacco Use*<sup>17</sup> (TNT) évalué par Sussman et son équipe<sup>(62-64)</sup> (1993, 1995) a réduit l'initiation au tabagisme de 30 % et l'usage hebdomadaire de 60 % de la 10<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année. Cependant, selon Thomas (2002)<sup>(47)</sup>, l'impact des études de Botvin et de celles de Sussman doit être pondéré à la lumière des résultats du *Hutchison Smoking Prevention Project* qui a échoué à trouver un effet durable sur le comportement tabagique des jeunes malgré l'intensité et la rigueur du programme.

Le *Hutchison Smoking Prevention Project*<sup>(58)</sup> est un projet de recherche qui a duré 15 ans (1984 à 1999) et qui avait pour but d'évaluer l'effet d'un programme sur les influences sociales sur la prévalence du tabagisme juvénile. Il comprenait tous les éléments essentiels recommandés par les lignes directrices existantes. L'intervention qui a été implantée avec succès, a inclus 65 leçons en classe réparties sur huit années soit de la 3<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> année. L'étude a suivi les participants deux ans après qu'ils aient quitté l'école. Le *Hutchison Smoking Prevention Project* s'est distingué de l'ensemble des études précédentes par la qualité de son intervention, sa durée et la rigueur méthodologique de son évaluation. L'intervention n'a cependant démontré aucun effet sur la prévalence du tabagisme ni à la sortie de l'école ni au suivi ultérieur.

---

<sup>15</sup> En français (traduction libre) : l'étude Hutchison de prévention du tabagisme.

<sup>16</sup> En français : Entraînement aux habiletés de la vie quotidienne.

<sup>17</sup> En français : Pour un avenir sans tabac.

L'étude de Peterson, Kealey et coll. (2000)<sup>(58)</sup>, a soulevé une controverse car il y a désaccord sur le poids qui doit être accordé aux différentes études qui, jusqu'à maintenant, ont évalué les programmes en milieu scolaire. Selon Thomas (2002)<sup>(47)</sup>, bien que de nombreux chercheurs aient tenté d'expliquer les résultats nuls du *Hutchison Smoking Prevention Project* en examinant l'étude sous différents angles, ces résultats ont eu pour conséquence d'affaiblir la valeur des résultats positifs observés dans les études précédentes, ces dernières étant de plus petites tailles avec des devis moins rigoureux.

### Controverse sur les niveaux scolaires visés<sup>18</sup>

La plupart des interventions en classe qui ont été évaluées, ont visé des élèves de la 7<sup>e</sup> à la 9<sup>e</sup> année soit la période critique d'initiation au tabagisme<sup>(7)</sup>. Il existe peu de preuves permettant de présumer d'une efficacité supérieure d'une intervention précoce<sup>(47,65)</sup>. Ainsi, bien que les CDC proposent de commencer dès les premières années du primaire et de poursuivre les efforts de prévention pendant toute la période de scolarité, les résultats nuls ou négatifs d'études récentes très rigoureuses permettent de questionner cette directive.

Le *Hutchison Smoking Prevention Project*, même s'il a rejoint les élèves de la 3<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> année, n'a montré aucun impact sur le tabagisme quotidien que ce soit en 12<sup>e</sup> année ou deux ans plus tard. Par ailleurs, bien que généralement occultés, plusieurs programmes dispensés dans le passé à des élèves du primaire et touchant la prévention du tabac ou d'autres drogues ont démontré des effets contraires sans que cette situation ne remette alors en question les directives des experts américains<sup>(66)</sup>. Plus récemment, des effets paradoxaux<sup>19</sup> ou nuls ont été observés dans deux recherches menées au Québec, au primaire, suggérant à nouveau que les programmes qui se conformaient aux recommandations des experts n'étaient pas appropriés aux élèves des niveaux inférieurs à la 7<sup>e</sup> année soit l'équivalent du secondaire 1 au Québec<sup>(67,68)</sup>.

Devant les résultats paradoxaux associés au programme montréalais *Cœur en santé St-Louis du Parc* destiné aux enfants de 9 à 12 ans<sup>(68)</sup>, des experts nationaux et internationaux ont été réunis pour examiner et questionner les interventions visant les enfants du primaire et pour émettre des recommandations. À la lumière des discussions qui ont eu lieu durant les deux jours de symposium, le comité d'experts a conclu que les lignes directrices des CDC en matière de prévention du tabagisme devraient être revues pour les enfants de 12 ans et moins, surtout les neuf à dix ans, particulièrement en ce qui concerne le contenu des messages à transmettre. Les experts ont en outre réitéré l'importance d'évaluer les interventions mises en place et ont insisté sur la nécessité de diminuer les incohérences entre les messages véhiculés auprès des jeunes<sup>(69)</sup>.

<sup>18</sup> Aux États-Unis, l'enseignement du primaire et du secondaire comprend de la 1<sup>e</sup> année à la 12<sup>e</sup> année. Les niveaux I à V de l'école secondaire québécoise correspondent aux niveaux de la 7<sup>e</sup> à la 11<sup>e</sup> année aux États-Unis.

<sup>19</sup> Lorsqu'une intervention est associée à une incidence accrue de tabagisme, il s'agit d'effets négatifs de l'intervention qui peuvent être qualifiés d'effets pervers ou paradoxaux.

### Autres limites de l'efficacité des curriculums scolaires

Dans un document synthèse sur les stratégies préventives visant les jeunes, l'Alliance albertainne pour la réduction du tabagisme<sup>(70)</sup>, rappelle que les résultats généralement positifs des programmes de prévention du tabagisme ont été obtenus pour la plupart, à partir de programmes pilotes implantés dans des conditions idéales conduisant à questionner leur potentiel d'efficacité lors d'une généralisation à l'échelle d'une province. Les résultats observés à long terme exigent en effet un investissement important et soutenu de la part de la direction de l'école et des professeurs, ce qui a limité jusqu'à maintenant leur généralisation. De plus, Beaudet, Déry et coll. (2000)<sup>(71)</sup>, rappellent que la majorité des recherches ont été réalisées auprès d'enfants et d'adolescents de race blanche issus de classe moyenne. Les enfants de milieu défavorisé particulièrement à risque ne doivent pas être négligés en dépit du défi particulier qu'ils représentent.

Enfin, une critique importante adressée aux programmes sur les influences sociales vient du fait que, bien qu'ayant des éléments communs, ces programmes s'appuient sur un mélange de plusieurs approches de prévention qui varient d'un programme à l'autre. Ainsi, en raison des nombreuses variations observées entre les programmes (même s'il porte le même nom), il est difficile de déterminer le contenu le plus pertinent<sup>(72)</sup>. De fait, les chercheurs admettent qu'ils ne connaissent pas exactement les éléments de ces programmes qui produisent les changements observés<sup>(9,73)</sup>. Selon Donaldson, Sussman et coll. (1996)<sup>(73)</sup> et Sussman (2001)<sup>(9)</sup>, la perception des normes sociales telles que la désapprobation des pairs et la faible prévalence estimée auraient une influence plus importante que la formation des élèves sur l'aptitude à refuser. Donaldson, Sussman et coll. (1996)<sup>(73)</sup> mettent en garde les écoles qui implantent un sous-ensemble des leçons des programmes exemplaires à cause du risque de choisir les leçons les moins efficaces. Dans ce contexte, on comprendra toute l'importance d'évaluer les effets d'un programme qu'on aura adapté à partir de ceux décrits dans la littérature avant de l'implanter à grande échelle. Des projets pilotes pour évaluer l'efficacité des programmes permettront par ailleurs de s'assurer qu'il n'y a pas production d'effets paradoxaux.

#### *2.3.1.3 Caractéristiques recommandées du curriculum scolaire*

La revue des écrits réalisée par Thomas en 2002<sup>(47)</sup>, indique qu'il y a eu peu de développement au niveau de la recherche des caractéristiques efficaces des curriculums scolaires. Pour obtenir des indications sur les éléments à intégrer dans les curriculums, on doit se référer aux travaux de trois groupes d'experts américains qui ont émis des directives sur les caractéristiques des curriculums scolaires dans le milieu des années 1980.

En 1987, un panel d'experts réuni par le National Cancer Institute des États-Unis (NCI) a déterminé les éléments essentiels se rapportant aux leçons données dans les classes<sup>(65)</sup>. En 1994, les CDC<sup>(40)</sup> ont repris les conclusions du panel d'experts de 1987 en apportant quelques précision et ajouts. Enfin, en 1999, lors de l'établissement des *Best Practices*, les CDC (1999)<sup>(6)</sup> ont identifié deux programmes de prévention qui pourraient être mis en œuvre. Le contenu du curriculum scolaire, son intensité et le mode d'enseignement recommandés sont décrits à l'annexe 8. Cette annexe discute également du curriculum scolaire spécifique ou non au tabagisme. On trouvera à l'annexe 8, une description des deux programmes recommandés par les CDC<sup>(6)</sup>.

### 2.3.1.4 Implantation des curriculums scolaires

Selon Collins et coll.<sup>(42)</sup> (1995), l'éducation portant sur la prévention de l'usage du tabac est obligatoire dans 37 États américains (72 %) et dans 83 % des districts scolaires. À l'échelle des écoles, 91 % des établissements enseignant de la 6<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> et 82 % des écoles desservant les 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> années ont inclus de l'éducation préventive sur le tabagisme dans un cours obligatoire. Cependant, seulement 50 % des professeurs ont rapporté le tabagisme comme un sujet « majeur » discuté en classe. De ce nombre, seulement 21 % dispensait six périodes de classe ou plus sur ce sujet.

Hansen<sup>(52)</sup> (1992) rapporte que lorsque les écoles adoptent des programmes basés sur la recherche, ceux-ci sont souvent raccourcis par le retrait d'éléments essentiels. Aussi, les professeurs s'éloignent du contenu en y ajoutant leurs propres idées et matériel. Ainsi, les curriculums sont souvent dépourvus des ingrédients essentiels à leur succès.

Les professeurs ont également besoin de formation. Le rapport du Surgeon General<sup>(17)</sup> souligne que bon nombre d'enseignants se montrent résistants à la formation. Les professeurs qui fument peuvent être particulièrement inconfortables avec un curriculum qui décourage de fumer. La décision du système scolaire d'utiliser un curriculum n'assure pas nécessairement une implantation réussie. Les enseignants doivent en effet être partie prenante des décisions dès les premières étapes d'adoption d'un programme. Sussman (2001)<sup>(9)</sup> rapporte à ce propos qu'une fois la collaboration des professeurs assurée, l'encouragement du directeur demeure nécessaire pour maintenir le programme. Pouvoir compter sur des personnes ou des groupes fortement motivés à maintenir et à promouvoir le programme choisi constitue un atout. De plus, une bonne coordination de l'ensemble des ressources nécessaires à l'implantation du programme s'avère hautement souhaitable. Le rapport du Surgeon General qualifie ces personnes d'agents de liaison et leur accorde une place prépondérante dans l'implantation réussie des programmes de prévention<sup>(7,p.85)</sup>. L'annexe 9 spécifie les tâches qu'elles doivent accomplir tant localement qu'à des niveaux plus centraux.

Glynn (1989)<sup>(65)</sup> rappelle que plusieurs partenaires sont impliqués dans les écoles : parents, membres de la commission scolaire, étudiants, professeurs, administrateurs scolaires et autre personnel. Chacun apporte un certain nombre de barrières aussi bien que d'opportunités quant à la réussite de l'implantation des programmes de prévention. Les barrières souvent citées incluent un curriculum déjà complet et des professeurs surchargés, la demande d'un programme plus large (ne comprenant pas seulement le tabagisme), le besoin de laisser au professeur le choix du programme, la demande de l'adaptation locale de programmes existants, le financement inadéquat, le manque d'occasions de former les professeurs ou l'incohérence avec les politiques scolaires existantes. L'implantation est facilitée par le choix d'un programme qui respecte les normes de la communauté, rallie les intervenants clés associés à l'école, implique des coûts raisonnables, est aisé à transmettre et s'intègre facilement dans le curriculum existant.

Le département de l'éducation de la Californie oblige les écoles à dispenser une éducation antitabac de la 4<sup>e</sup> à la 8<sup>e</sup> année. Pour ces niveaux, elle fournit des fonds aux écoles. Pour la 9<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup>, un programme compétitif de subvention est appliqué. Distefan, Gilpin et Pierce (2000)<sup>(75)</sup> indiquent que même si le milieu scolaire dispose des ressources nécessaires pour actualiser le programme éducatif antitabac à l'école, l'État fait face à un problème important d'implantation. Les principales barrières rapportées par les professeurs et les coordonnateurs du programme sont le manque de temps, l'inadéquation du matériel d'enseignement et des standards du

programme et l'insuffisance de la formation. L'éducation sur le tabagisme ne constituait pas une priorité élevée pour la plupart des professeurs de 8<sup>e</sup> année (59 %) et la très grande majorité d'entre eux (80 %) n'avait pas participé au programme spécifique de formation dans les cinq années précédant l'évaluation. Selon Flay, Hansen et coll. (1987)<sup>(76)</sup>, à cause des problèmes d'implantation, il s'avère essentiel d'identifier l'intensité requise pour qu'un programme de prévention ait des effets mesurables.

### **2.3.2 Les concours Classes Non-fumeurs**

Le réseau Européen Jeunes et Tabac (ENYPAT)<sup>20</sup>, une initiative de l'Union Européenne a été créé en 1996<sup>(77)</sup>. Afin de développer des actions conjointes impliquant plusieurs États membres, le réseau a mis sur pied différents projets. C'est dans ce contexte qu'a été lancé le concours Classes Non-Fumeurs<sup>(78)</sup>. L'idée principale de ce concours est que tous les élèves d'une classe décident ensemble de ne pas fumer pendant une période d'au moins six mois. Les classes dans lesquelles tous les élèves ont tenu leur engagement sont autorisées à participer à une loterie nationale et une classe de chaque pays participe également à une loterie internationale. Le concours est basé sur la théorie de l'apprentissage qui démontre que le renforcement positif (prix) augmente la probabilité de produire un comportement donné (ne pas fumer). Les jeunes ciblés ont entre 11 et 14 ans. Les règles du concours sont flexibles pour permettre de l'adapter aux besoins et au contexte de chaque pays<sup>(79,80)</sup>. L'année du lancement (1997/98), sept États européens ont participé au concours. En 2001/2002 le nombre d'États était passé à seize<sup>21</sup>. En Amérique du Nord, le Texas s'intéresse au Concours<sup>(81)</sup>. Au Québec, un projet pilote est en cours.

#### *2.3.2.1 Efficacité des concours Classes Non-fumeurs*

Une première étude visant à mesurer les effets du concours a été menée en Finlande par Vartiainen et coll. en 1996<sup>(82)</sup>. Cette étude comportait cependant des faiblesses méthodologiques importantes invalidant ses résultats. Une seule autre étude d'évaluation a été réalisée par la suite, soit celle de Wiborg et Hanewinkel en 2002<sup>(83)</sup> auprès de jeunes de 11 à 14 ans. Dans cette étude, un effort spécifique a été apporté pour corriger certaines faiblesses de l'étude de Vartiainen et coll. (1996)<sup>(82)</sup>. Ainsi, le devis quasi expérimental a comporté un groupe témoin sélectionné au hasard. Cependant les chercheurs ont perdu ou exclu plus de 50 % de l'échantillon initial et ont identifié différents biais dans leur étude. La validité des données finales servant à l'analyse peut donc être mise sérieusement en doute. La conclusion de l'étude, à savoir que l'initiation du tabagisme serait retardée pendant le concours, ne s'appuie pas sur des assises solides.

#### *2.3.2.2 Implantation des concours Classes Non-fumeurs*

Le concours offre plusieurs attraits. Il est facile à organiser, peu coûteux, prend peu de temps au professeur, présente un bon potentiel médiatique et fournit plusieurs occasions de discuter du tabagisme. Le concours présente cependant plusieurs faiblesses, la principale étant le taux élevé d'abandon. En Finlande par exemple, où les responsables du concours appliquent des règles strictes (ils n'acceptent aucun fumeur dans les classes) le taux d'abandon a été de 67,7 % en 1997/1998<sup>(84)</sup>. Pour éviter un tel taux d'abandon, le concours a été proposé à des élèves plus

---

<sup>20</sup> European Network on Young people and Tobacco.

<sup>21</sup> Islande, Finlande, Danemark, Allemagne, Irlande, Grande-Bretagne (Pays de Galles), Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, France, Autriche, Italie, Grèce, Espagne, Portugal, Suisse.

jeunes (11 ans au lieu de 14 ans) et les règles du concours ont été assouplies. Selon ces nouvelles règles, une classe peut demeurer participante jusqu'à ce qu'elle atteigne un nombre déterminé de fumeurs. Ainsi, une classe peut être considérée « non-fumeur » si pas plus de 10 % des élèves ont fumé la semaine précédente. Dans certains pays, c'est la définition du terme fumeur qui a été assouplie, l'élève considéré fumeur étant celui qui fume de façon régulière mais non de façon occasionnelle. L'interprétation par les jeunes des messages que sous-tendent ces pratiques n'a pas été documentée.

Le concours n'étant pas exempt de participants qui mentent, certains mettent en doute la validité du concours en l'absence de contrôle externe. Il faut voir par ailleurs à ce que des mesures soient prévues pour que des pairs non-fumeurs n'exercent pas, auprès des élèves qui font ou pourraient faire l'usage du tabac, une pression indue (blâme, culpabilisation, etc.). L'intervention demeure essentiellement une activité ponctuelle bien que dans certains pays, des professeurs en profitent pour organiser d'autres activités antitabac dans leur classe.

### **2.3.3 En résumé**

L'intervention éducative en classe a fait l'objet d'un nombre considérable de recherches. La synthèse de ces recherches a montré que les curriculums scolaires donnant les meilleurs résultats à court terme sont ceux basés sur l'approche des influences sociales. Pour obtenir des effets à long terme, il faut un curriculum relativement intense comprenant des séances de rappel au deuxième cycle du secondaire et surtout un curriculum inséré dans un environnement scolaire, communautaire et médiatique résolument antitabac.

Les recherches des dernières années sur les curriculums en milieu scolaire nous enseignent la prudence. En ce qui concerne les programmes de prévention réalisés au secondaire, des recherches additionnelles sont nécessaires pour combler le manque de preuves et clarifier les résultats contradictoires obtenus jusqu'à maintenant concernant l'efficacité à long terme des programmes sur les influences sociales. D'autre part, on ne sait pas quels éléments des programmes sur les influences sociales contribuent à leur efficacité ni à court, ni à long terme. Les experts insistent donc sur l'importance de ne pas modifier les programmes tels qu'ils ont été testés. Cela implique que les programmes nécessitant des modifications pour être adaptés à la population du Québec exigeront des projets pilotes pour en évaluer l'efficacité. Par ailleurs, les résultats nuls ou contraires observés lorsque les curriculums ont ciblé des élèves du primaire, militent en faveur d'une concentration des efforts éducatifs dans la période du passage au secondaire aussi longtemps que l'intervention en classe au primaire ne sera pas mieux définie.

Plusieurs barrières à l'implantation des curriculums scolaires ont également été mises en évidence. Reconnaître et travailler à la résolution de ces barrières par le biais de diverses mesures pertinentes devraient être une priorité. Intégrer l'éducation relative au tabagisme dans des programmes plus larges traitant soit des produits créant une dépendance (alcool, drogues et tabac) ou des habitudes de vie (activité physique, nutrition et tabac), présente dans ce contexte un intérêt évident pour une utilisation efficiente des ressources en milieu scolaire. Sensibiliser le milieu de l'éducation à l'importance d'accorder une place prioritaire au tabagisme constitue également un investissement judicieux.

Enfin, les concours Classes Non-fumeurs n'ont fait l'objet que de deux études. Celles-ci présentent des problèmes méthodologiques importants invalidant les conclusions. Il est par conséquent difficile de faire des recommandations précises sur cette activité.

## 2.4 LES POLITIQUES

### 2.4.1 Introduction

La Loi sur le tabac du Québec<sup>(85)</sup> interdit le tabagisme dans tous les lieux fermés destinés aux personnes mineures : centres de la petite enfance, garderies et services de garde, écoles primaires et secondaires; lieux où se déroulent des activités destinées aux jeunes. Les lieux publics extérieurs ne sont pas visés par la Loi. De même plusieurs lieux où peuvent se rendre les adultes accompagnés d'enfants peuvent aménager des espaces pour fumer comme les restaurants, les centres commerciaux, les arénas ou les salles de quilles. Les exploitants de ces lieux peuvent cependant appliquer des règles plus restrictives que celles stipulées par la Loi. Ainsi, plusieurs clubs sportifs et camps d'été pour les jeunes bannissent le tabagisme sur tous les terrains extérieurs. L'adoption de telles politiques par une majorité d'exploitants peut faciliter la promulgation subséquente de lois applicables pour tous.

Dans les prochains paragraphes nous examinons plus spécifiquement les politiques qui peuvent être adoptées par les responsables des milieux scolaires.

### 2.4.2 Les politiques en milieu scolaire

La première recommandation émise par les CDC dans ses lignes directrices nationales pour les programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire est « d'élaborer et d'appliquer une politique sur l'usage du tabac » à l'école<sup>(40)</sup>. Cette recommandation, réitérée en 1999 dans les *Best Practices*<sup>(6)</sup>, comprend les spécifications qui suivent :

« La politique de l'école en matière d'usage du tabac doit, en plus de se conformer aux lois de l'État et aux lois locales :

- › contenir une explication justifiant la prévention antitabac (c.-à-d. que le tabac est la principale cause de décès, de maladie et d'invalidité);
- › interdire l'usage du tabac aux élèves, à tout le personnel, aux parents et aux visiteurs dans l'enceinte de l'école, dans ses véhicules et lors des événements qu'elle organise hors de ses murs;
- › interdire la publicité du tabac dans les bâtiments de l'école, dans ses publications et à l'occasion des fêtes ou des cérémonies scolaires;
- › obliger tous les élèves à recevoir de l'information sur la manière d'éviter l'usage du tabac;
- › permettre aux élèves et à tout le personnel de l'école de participer à des programmes qui les aideront à renoncer au tabac;
- › spécifier les façons de communiquer son contenu aux élèves et à la population;
- › prévoir les modalités de son application ».

Plusieurs arguments sont soulevés pour légitimer l'implantation d'une politique complète sur l'usage du tabac à l'école qui s'applique à tous et partout<sup>(86)</sup>. Ainsi, lorsque les écoles interdisent l'usage du tabac sur leurs terrains et aux événements qu'elles soutiennent, elles peuvent diminuer substantiellement le temps et les opportunités sociales que les élèves ont pour apprendre à fumer. Les écoles qui possèdent une politique antitabac complète envoient par ailleurs un message cohérent à leurs élèves. En effet, ne pas permettre l'usage du tabac à l'intérieur comme

à l'extérieur de l'école est compatible avec les messages de prévention qui sont transmis aux jeunes. Une politique complète assure par ailleurs que les élèves ne puissent observer d'enseignants fumant sur les terrains ou près de l'école, situation qui favorise le tabagisme chez les jeunes<sup>(87,88)</sup>. En définitive, établir un environnement totalement sans fumée constitue une position claire et ferme du milieu scolaire face au tabagisme, en plus d'être cohérente avec sa mission éducative. Ces considérations sont appuyées par plusieurs études scientifiques qui démontrent que les politiques antitabac complètes à l'école réduisent la prévalence et la consommation du tabac chez les jeunes. Le détail de ces études est présenté dans les paragraphes qui suivent.

#### 2.4.2.1 Efficacité des politiques antitabac à l'école

La Californie a été particulièrement dynamique sur la question des politiques scolaires antitabac. Dans cet État américain, le tabagisme est interdit sur les terrains des écoles depuis 1952 et dans les écoles depuis 1995<sup>(75)</sup>. Mais bien avant que la législation récente n'interdise le tabac à l'intérieur des écoles, des règlements avaient déjà été mis en vigueur dans beaucoup d'entre elles. En 1989, une évaluation de l'impact des politiques antitabac à l'école a été menée auprès du personnel scolaire et des élèves de 7<sup>e</sup> année par Pentz, Dwyer et coll. (1989)<sup>(89)</sup>. Après avoir contrôlé pour les variables socio-économiques et l'environnement scolaire, l'étude a montré que les écoles qui avaient une politique antitabac avec un volet prévention et un volet cessation présentaient un taux de prévalence et une consommation de tabac plus faible pour les dernières 24 heures et pour la dernière semaine. Les auteurs ont conclu qu'une politique axée sur l'assistance (prévention et cessation) plutôt que sur les sanctions était reliée à un impact significatif<sup>(90)</sup>.

Une étude américaine plus récente réalisée auprès des élèves de la fin du secondaire (high school) a montré que les politiques antitabac étaient associées à une probabilité plus grande de se trouver à un stade antérieur d'initiation et à une plus faible prévalence du tabagisme. Cependant ces résultats étaient observables seulement lorsque les politiques étaient rigoureusement appliquées<sup>(91)</sup>.

L'étude menée par Moore, Roberts et Tudor-Smith (2001)<sup>(92)</sup> en Grande-Bretagne, a examiné l'association entre les politiques scolaires et la prévalence du tabagisme chez les jeunes de 11<sup>e</sup> année (15-16 ans). Les résultats de cette étude ont montré que la prévalence du tabagisme quotidien des jeunes dans les écoles ayant une politique écrite sur le tabagisme interdisant aux élèves, aux professeurs et aux autres adultes de fumer dans l'école et sur tous les terrains de l'école, a été de 9,5 %. Dans les écoles avec une politique de sévérité intermédiaire, la prévalence a été de 21 %. Dans les écoles sans politique antitabac pour les élèves et les professeurs, la prévalence a été de 31,1 %. Les analyses multifactorielles tenant compte des diverses variables confondantes ont confirmé l'existence d'une association significative entre une politique antitabac et le niveau de tabagisme quotidien des jeunes. Les chercheurs concluent que l'introduction à plus grande échelle de politiques scolaires antitabac complètes peut aider à réduire le tabagisme chez les jeunes.

Contrairement aux trois recherches précédentes, l'étude menée en Australie par Clarke, White, Hill et Borland (1994)<sup>(93)</sup>, n'a pas donné de résultats positifs. L'étude a été réalisée auprès de 3 groupes d'élèves de 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup> année. Le tabagisme était défendu dans presque toutes les écoles secondaires investiguées, pour tous les élèves, en toutes occasions. Quant au

personnel des écoles, il n'était pas autorisé à fumer nulle part sur le campus dans 48 % des écoles. Si un élève était pris à fumer, une action punitive était aussitôt prise.

Les résultats de l'étude ont montré qu'il n'y avait pas d'association significative entre la prévalence du tabagisme chez les jeunes et différents éléments des politiques antitabac telles que la politique visant le personnel, celle s'adressant aux visiteurs ou le placement d'affiches rappelant l'interdiction de fumer autour de l'école.

Les évaluations des politiques antitabac effectuées auprès d'élèves du secondaire ont été complétées par deux études réalisées auprès d'élèves qui ont plus de 16 ans. Une première étude visant à évaluer la relation entre les politiques et la prévalence du tabagisme chez les jeunes a été menée en 1994, en Angleterre et au pays de Galles auprès des 17 et 18 ans<sup>(94)</sup>. Dans ce pays, les jeunes de ce groupe d'âge peuvent demeurer au secondaire pour faire une 12<sup>e</sup> et une 13<sup>e</sup> année et dans ce cas, le curriculum est essentiellement académique. Ils peuvent cependant choisir de s'inscrire dans un collège qui accueille seulement les 17-18 ans. Certains collèges offrent une formation générale, d'autres constituent des écoles de métier. L'analyse des données de l'étude de Charlton et While (1994)<sup>(94)</sup>, a été faite en répartissant les élèves selon qu'ils provenaient d'une école secondaire ou d'un collège parce que des études antérieures avaient indiqué que les jeunes qui décident de s'inscrire dans un collège fument dans une plus grande proportion.

Les résultats de l'étude ont montré que la prévalence du tabagisme et les politiques antitabac étaient fortement reliées dans les collèges mais pas dans les écoles offrant une 12<sup>e</sup> et une 13<sup>e</sup> année. Sous réserve de biais méthodologiques possibles, les chercheurs expliquent ces résultats par la différence dans la nature des établissements d'enseignement. Même si elles n'ont pas de politique écrite, la grande majorité des écoles secondaires n'accepte pas que les plus vieux fument dans leur établissement. Ainsi, à 16 ans lorsque les élèves décident de poursuivre leurs études secondaires à la même école, ils restent dans un cadre éducatif intolérant au tabagisme. Une politique antitabac dans ce contexte montre relativement peu d'effet auprès des plus de 16 ans puisque la plupart d'entre eux respectent probablement déjà la convention établie à l'école de ne pas fumer. Il en est autrement dans les collèges où une politique antitabac apparaît être très importante étant donné que dans un environnement plus adulte, les jeunes sont plus susceptibles de devenir fumeurs, les collèges ressemblant plus à un lieu de travail qu'à une école.

Indépendamment des écoles, au niveau de la consommation de cigarettes, les résultats de l'étude de Charlton et While (1994)<sup>(94)</sup>, ont indiqué que les élèves fumeurs des établissements où il est permis de fumer, fument en moyenne 17 cigarettes par semaine durant les heures d'école et 28 cigarettes en dehors de celles-ci pour un total de 45 cigarettes par semaine. Quant aux élèves fumeurs des établissements où il est défendu de fumer, ils consomment en moyenne 7 cigarettes durant les heures d'école et 18 cigarettes en dehors de celles-ci pour un total de 25 cigarettes par semaine. Les politiques antitabac réduisent donc la consommation de tabac. Elles réduisent également la prévalence du tabagisme mais seulement chez les jeunes de 17 et 18 ans qui sont inscrits dans les collèges.

Une étude plus récente menée par Czart, Pacula, Chaloupka et Wechsler (2001)<sup>(95)</sup> sur les campus des collèges américains, a montré que l'interdiction complète de fumer était associée à une consommation plus faible de cigarettes chez les fumeurs réguliers mais n'avait pas d'impact significatif sur la prévalence. Ces résultats au niveau de la prévalence sont explicables selon les auteurs par un biais d'autosélection, les étudiants fumeurs décidant de s'inscrire dans les collèges

ayant des politiques compatibles avec leur statut tabagique. Les résultats montrent d'autre part que le comportement tabagique des collégiens est influencé seulement lorsque le niveau des restrictions atteint un certain seuil et qu'il n'est plus facile pour les fumeurs de se soustraire à ces politiques.

En 2002, Pinilla, Gonzalez et coll. (2002)<sup>(96)</sup> ont publié des résultats venant de l'analyse des données de la première vague d'une étude longitudinale faite auprès des 30 écoles secondaires. Les résultats de l'étude ont montré que le respect des politiques antitabac à l'école est le facteur relié à l'école le plus important pour prédire la prévalence du tabagisme chez les élèves.

Comme on peut le constater, les recherches menées jusqu'à ce jour sur l'efficacité des politiques antitabac dans les établissements scolaires donnent des résultats généralement positifs. Ces recherches indiquent également que l'application ferme des restrictions ou des interdictions constitue un élément clé pour obtenir un impact sur le comportement tabagique<sup>(97)</sup>. Enfin, les politiques doivent être non seulement bien appliquées mais être accompagnées d'activités d'éducation et surtout de soutien à la cessation<sup>(90)</sup>.

#### 2.4.2.2 *Implantation des politiques antitabac à l'école*

En réponse au risque à la santé du tabagisme, des politiques antitabac sont appliquées dans beaucoup d'écoles tant en Amérique du Nord qu'en Europe. Il existe cependant une très grande diversité dans l'étendue de ces politiques et peu d'écoles ont adopté une politique antitabac couvrant tout l'environnement scolaire<sup>(97-99)</sup>. Certaines politiques se limitent en effet aux espaces intérieurs alors que d'autres incluent également les terrains de l'école. Elles sont généralement très restrictives pour les enfants mais beaucoup moins pour les adultes. Elles peuvent découler d'une loi nationale ou simplement d'un règlement local.

Jusqu'à maintenant, quelques chercheurs ont réalisé des portraits critiques de la situation dans leur pays ou dans une région en particulier et ont émis des recommandations pour améliorer les pratiques<sup>(97,98,100)</sup>. Une enquête couvrant l'ensemble des États-Unis<sup>(42)</sup> a montré qu'en 1994, près des 2/3 des écoles interdisaient de fumer à l'intérieur de leur établissement mais que seulement 37 % défendaient l'usage du tabac pour toutes les personnes, sur tous les terrains, dans tous les véhicules et à tous les événements qu'ils aient lieu sur le site ou non de l'école. La majorité des écoles soit 83 % interdisaient l'usage du tabac aux athlètes et aux entraîneurs durant les événements commandités de l'école et 89 % d'entre elles fournissaient des copies de la politique scolaire aux étudiants, au personnel de l'école et aux parents.

La réussite de la mise en oeuvre d'une politique antitabac volontaire interdisant le tabagisme dans l'école, sur ses terrains et lors des événements qu'elle organise, exige une préparation et des conditions préalables qui ont fait l'objet de plusieurs publications dans la littérature<sup>(75,97,101,102)</sup>. L'appui des différents groupes concernés par l'établissement d'une politique complète à l'école constitue un facteur déterminant de la réussite de l'implantation d'une telle politique<sup>(40,97)</sup>. Cet appui représente une des étapes à franchir dans le processus de mise en place d'une politique antitabac. À cet effet des publications décrivant la marche à suivre et comprenant des études de cas et des exemples de politique sont disponibles<sup>(99,103,104)</sup>. Par exemple, le département de la santé et des services sociaux de la Caroline du Nord, dans un document électronique facilement accessible<sup>(104)</sup>, décrit en huit étapes l'ensemble du processus de mise en place et du maintien d'une politique d'école sans tabac. Ces étapes sont présentées sommairement au tableau 1.

**Tableau 1 Description sommaire des étapes à franchir pour mettre en place et maintenir une politique d'école sans tabac**

|                |                                                                                                                                                                                                     |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Étape 1</b> | Aller chercher l'appui nécessaire à une politique, à l'école, interdisant le tabagisme partout (i.e. dans l'école, sur les terrains, lors d'événements, dans les véhicules, etc.) et en tout temps. |
| <b>Étape 2</b> | Créer ou utiliser un comité scolaire déjà existant pour recommander la politique antitabac.                                                                                                         |
| <b>Étape 3</b> | Développer une première version de la politique en complémentarité avec les mesures qui s'appliquent déjà au milieu scolaire.                                                                       |
| <b>Étape 4</b> | Présenter et faire adopter la politique à la commission scolaire.                                                                                                                                   |
| <b>Étape 5</b> | Planifier l'implantation et les stratégies d'application de la politique.                                                                                                                           |
| <b>Étape 6</b> | Faire connaître la politique de façon positive dans le milieu scolaire et dans la communauté.                                                                                                       |
| <b>Étape 7</b> | Implanter la politique.                                                                                                                                                                             |
| <b>Étape 8</b> | Faire une promotion continue de la politique et évaluer sa mise en application et son impact.                                                                                                       |

Source : *8 Steps to Tobacco-Free schools* du département de la santé et des services sociaux de la Caroline du Nord<sup>(104)</sup>.

Une fois la politique élaborée et adoptée, les écoles doivent avoir les ressources nécessaires pour faire respecter l'interdiction. À cet effet, elles doivent être en mesure de gérer diverses difficultés qui peuvent survenir<sup>(105-107)</sup>. Dans un document d'information sur l'application d'une politique sans fumée à l'école, le Département de santé publique et de l'environnement du Colorado a répertorié trois grandes catégories de difficultés soit : 1) lorsque des visiteurs fument sur les terrains de l'école; 2) lorsque les élèves fument sur les propriétés de l'école et 3) lorsque les élèves quittent la propriété de l'école pour fumer dans le voisinage<sup>(108)</sup>. Pour aider les gestionnaires à résoudre ces difficultés, le document décrit les facteurs qui y contribuent et les solutions qui peuvent être appliquées. À titre d'exemple, le tableau 2 résume les moyens proposés lorsque les élèves fument dans le voisinage.

**Tableau 2 Solutions dans le cas où les élèves quittent le terrain de l'école pour fumer dans le voisinage**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>› Impliquer la communauté dans la mise en place et l'application de la politique.</li> <li>› Lorsque possible, fermer les terrains de l'école de manière à ce que les élèves ne puissent plus quitter les lieux.</li> <li>› Étendre la portée de la politique au-delà des terrains de l'école jusqu'à « proximité » de l'école, la « proximité » signifiant que les élèves qui fument ne doivent pas être vus des terrains de l'école.</li> <li>› Interdire à tout élève d'être avec quiconque qui fume sur les terrains et à proximité de l'école.</li> <li>› Par règlement municipal, interdire la possession de cigarettes dans une zone scolaire prédéterminée.</li> </ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Source : *Tips for School Tobacco Policy Enforcement* du Département de l'instruction publique du Wisconsin<sup>(109)</sup>.

### 2.4.3 En résumé

Les preuves de l'efficacité des politiques antitabac à l'école sont relativement nombreuses et généralement positives et soutiennent une action dans ce sens. Elles sont d'ailleurs fortement recommandées. L'expérience dans plusieurs communautés, canadiennes et américaines, démontre en plus la faisabilité de l'implantation de telles politiques.

## **2.5 LA PARTICIPATION DES PARENTS ET DES JEUNES**

### **2.5.1 Introduction**

Bien que la recherche qui se fait sur la question du tabagisme soit considérable, certains aspects demeurent moins développés. Ainsi, pour ce qui est des interventions touchant l'environnement et le tabagisme, on recense de nombreuses publications scientifiques sur les aspects sociopolitiques et économiques comme, par exemple, les campagnes médiatiques, les lois et politiques touchant le prix, la publicité et la vente aux mineurs, et la protection des non-fumeurs contre la fumée secondaire de tabac. Beaucoup moins d'articles ou de rapports se penchent sur l'intervention des jeunes dans leur communauté et celle visant directement les parents. Par conséquent, l'efficacité de ces mesures n'est pas encore solidement démontrée.

### **2.5.2 L'intervention auprès des parents**

Parmi les nombreux facteurs associés à la décision de commencer à fumer ou non, un des résultats les plus constants des écrits scientifiques réside dans l'influence des membres de la famille. Les résultats de la recherche sur l'influence plus spécifique des parents ont démontré qu'il était pertinent d'intervenir auprès de ces derniers<sup>(23)</sup>.

Les règles que les parents établissent à la maison, leurs comportements et attitudes face au tabagisme, de même que les échanges qu'ils ont avec leurs enfants sur cette question, sont tous des facteurs qui jouent un rôle important dans l'opinion que se forgent les jeunes à l'égard du tabagisme, opinion à son tour déterminante dans l'adoption ou non du comportement tabagique. Le rapport du groupe de travail international sur le tabagisme et les jeunes des pays industrialisés<sup>(109)</sup>, souligne que les parents ont besoin d'être sensibilisés à l'influence qu'ils exercent en tant que modèles et en tant que personnes qui établissent des règles avec leurs enfants. Ils ont une responsabilité pour aider leurs enfants à demeurer non-fumeurs même s'ils sont eux-mêmes fumeurs. L'enquête suédoise de Von Bothmer et Fridlund (2001)<sup>(102)</sup> auprès de jeunes de 11 et 14 ans indique par ailleurs que les parents sont considérés par les jeunes comme première source d'information. Ces derniers jugent d'autre part que la responsabilité de promouvoir une génération sans fumée revient principalement à leurs parents. Nous verrons dans les paragraphes qui suivent que la recherche réalisée pour comprendre quelles influences exercent les parents sur le tabagisme des enfants, permet de considérer la possibilité d'intervenir à différents niveaux.

#### *2.5.2.1 Pratiques parentales relatives au tabagisme*

##### **Le statut tabagique des parents**

Plusieurs études sur l'initiation au tabagisme ont mis en lumière une corrélation entre le comportement tabagique des parents et la probabilité des enfants de devenir fumeurs<sup>(17)</sup>. Le parent qui fume constitue en effet un modèle que le jeune peut suivre et fournit la possibilité à ce dernier d'obtenir des cigarettes pour expérimenter.

L'impact du tabagisme parental a été étudié dans une grande variété de contextes et dans un nombre considérable de recherches avec des résultats variables. Cependant, une majorité d'études montre que le tabagisme parental augmente le risque du tabagisme chez les

adolescents<sup>(23,110)</sup>. Selon Jacobson, Lantz et coll. (2001)<sup>(29)</sup>, l'association significative entre le statut tabagique des parents et le comportement tabagique des adolescents fait consensus chez les experts. De même, on admet que l'influence des parents s'amenuise à la fin de l'adolescence, quand les meilleurs amis deviennent un facteur d'influence significativement plus important. Ainsi, le statut tabagique des parents et l'initiation au tabagisme sont particulièrement évidents à la fin de l'enfance et au début de l'adolescence quand l'autorité parentale et le modelage des comportements sont les plus forts. Compte tenu que le tabagisme parental peut augmenter le risque de tabagisme chez les jeunes, il est donc important d'impliquer les familles dans des programmes de cessation<sup>(29,p.243)</sup>.

### **Attitudes et pratiques parentales antitabac**

À part le tabagisme des parents, plusieurs autres aspects, relatifs à l'éducation et aux pratiques parentales, affectent la probabilité que les jeunes fument. Plusieurs études récentes se sont donc intéressées aux attitudes et aux pratiques des parents face à la question du tabagisme. L'étude de Andersen, Leroux et coll. (2002)<sup>(111)</sup>, a indiqué que l'attitude antitabac des mères était liée à la prévalence du tabagisme de leurs adolescents. L'étude de Sargent et Dalton (2001)<sup>(36)</sup> a démontré que le risque de devenir un fumeur établi chez les adolescents était réduit de 50 % si ces adolescents percevaient une forte désapprobation parentale par rapport au fait qu'ils pourraient fumer dans l'avenir. Les auteurs ont conclu que les parents, qu'ils soient fumeurs ou non, pouvaient diminuer le risque que leurs enfants fument en leur communiquant clairement leurs attentes. Pour l'Institute of Medicine des États-Unis<sup>(35)</sup> de même que pour les auteurs du rapport final de l'enquête de cohorte 1990-1999 menée en Californie<sup>(112)</sup>, la désapprobation des parents constitue une pratique clé à promouvoir.

La Californie, chef de file dans le contrôle du tabagisme, appuie une approche proactive des parents pour décourager leurs adolescents de commencer à fumer<sup>(112)</sup>. Les experts de cet État recommandent à tous les parents, indépendamment de leur statut tabagique de surveiller le statut tabagique de leurs adolescents, de discuter avec eux des risques associés au tabagisme, de spécifier à quel point il est difficile d'abandonner à cause de la puissante dépendance créée par la nicotine et d'exprimer leur forte désapprobation à ce qu'ils fument.

Dans l'étude de Jackson et Henricksen de 1997<sup>(113)</sup>, trois pratiques parentales contribuant à la socialisation antitabagique d'enfants de la 3<sup>e</sup> à la 8<sup>e</sup> année ont été évaluées. Il s'agit de 1) la présence de règles antitabac à la maison, 2) la transmission d'avertissements sur les risques associés au tabagisme et 3) la notification d'une punition comme conséquence au tabagisme. Après correction pour le statut tabagique des parents, les résultats ont montré un taux significativement plus faible de l'intention de fumer et de l'initiation au tabagisme dans les domiciles où les mesures antitabac avaient été appliquées. Les auteurs ont conclu que les parents fumeurs tout comme ceux qui ne fument pas devraient être encouragés à transmettre des connaissances et des attitudes antitabac à leurs enfants et à leur imposer des règles de conduite.

### **Règles antitabac à domicile**

Convaincre les parents d'adopter des règles antitabac (complètes ou partielles) à la maison constitue une stratégie importante pour changer la norme sociale du tabagisme. En plus de réduire l'exposition à la FTE, les études de Jackson et Henricksen chez les huit et dix ans (1997)<sup>(113)</sup>, de Henricksen et Jackson (1998)<sup>(37)</sup> chez les 8 à 13 ans et de Farkas, Gilpin et coll. (2000)<sup>(38)</sup> chez les 15 à 17 ans, ont démontré qu'un domicile sans fumée diminue

l'expérimentation du tabagisme chez les jeunes du primaire et du secondaire. L'environnement domestique représente donc un lieu où des efforts d'éducation préventive et de réduction des risques peuvent être efficaces.

Bien que la protection fondamentale de la vie privée limite le recours à des politiques publiques dans ce domaine, les parents, qu'ils soient fumeurs ou non, peuvent être encouragés à interdire la fumée de tabac dans leur domicile. L'étude de Gilpin, White et coll. (1999)<sup>(114)</sup>, indique qu'un domicile sans fumée améliore les chances du fumeur de cesser de fumer et augmente le délai entre l'arrêt et la reprise lorsqu'il y a rechute. L'étude de Farkas, Gilpin et coll. (2000)<sup>(38)</sup> qui est spécifique aux adolescents, montre que les domiciles sans fumée sont associés à une probabilité plus grande que les adolescents fumeurs abandonnent la cigarette. Aussi, dans les deux études, les effets sont plus importants quand l'interdiction est totale plutôt que partielle.

#### *2.5.2.2 Recommandations concernant les interventions auprès des parents*

Les lignes directrices nationales pour les programmes scolaires des CDC<sup>(40)</sup> (Centers for Disease Control and Prevention, 1994a), recommandent que les programmes de contrôle du tabagisme en milieu scolaire comprennent des activités impliquant les parents. Ces lignes spécifient ce qui suit :

« Recommandation no 5 : Obtenir la participation des parents et des familles aux programmes de prévention antitabac en milieu scolaire. Les parents ou les familles peuvent jouer un rôle important en donnant leur appui à une société sans tabac. Les écoles peuvent tirer parti de cette influence en faisant appel aux parents et aux familles pour organiser les programmes, solliciter la participation de la population et renforcer les messages éducatifs à la maison. Lorsque les devoirs donnés aux élèves exigent la participation des parents ou de la famille, l'usage du tabac a plus de chances de faire l'objet de discussions au foyer, et les fumeurs adultes de se sentir motivés à cesser de fumer ».

#### *2.5.2.3 Efficacité des interventions auprès des parents*

Bien qu'intervenir auprès des parents soit largement préconisé, peu d'évaluations de l'efficacité de ce type de mesure ont été réalisées jusqu'à présent. Pour obtenir des informations sur les effets de l'implication des parents sur le comportement des jeunes, il faut se référer aux programmes de prévention qui touchent d'autres problèmes comme l'abus d'alcool ou autres drogues incluant ou non le tabagisme. Quelques études d'envergure ont accordé une attention particulière à la participation des parents. Les activités qui les ciblent représentent en général un volet d'intervention à l'intérieur d'un programme plus complet visant plusieurs cibles et plusieurs milieux. À titre d'exemple, nous présentons trois projets qui démontrent comment la mobilisation des parents et de la communauté à l'extérieur de l'école (incluant les médias) peut améliorer les interventions scolaires et augmenter l'impact sur le comportement des jeunes.

## **Projet STAR**

Pentz, Dwyer et coll. (1989)<sup>(89)</sup> ont conçu et évalué un programme de prévention de l'usage de l'alcool, du tabac et de la marijuana s'adressant aux préadolescents de la 6<sup>e</sup> et de la 7<sup>e</sup> année et portant une attention particulière aux parents<sup>(115,116)</sup>. Ce programme, le *Midwestern Prevention Project*, a porté le nom de Projet STAR (*Students Taught Awareness and Resistance*<sup>22</sup>). Le Programme comprenait cinq composantes introduites en séquence. Dans un premier temps, un programme scolaire et des activités médiatiques ont été implantés simultanément. Puis un programme s'adressant aux parents a été mis en place. Des activités touchant l'organisation communautaire suivies par d'autres visant des changements au niveau des politiques de santé ont été ensuite instaurées.

À part la collaboration pour les devoirs à la maison, le programme s'adressant aux parents a sollicité ces derniers de diverses façons. L'accent a été mis sur le développement du soutien familial et l'adoption de messages et de règles visant à favoriser une norme antidrogue dans la famille et dans le voisinage scolaire. Les résultats de l'étude ont démontré un impact significatif sur le tabagisme : après six mois, l'usage du tabac a été réduit de 5 % dans le groupe expérimental, après un an, de 8 % et après deux ans, de 9 %. Après trois ans, des effets significatifs étaient encore observables. Selon le rapport du Surgeon General des États-Unis<sup>(7,p.78)</sup> les effets obtenus sur le tabagisme des élèves sont principalement dus au soutien rigoureux et constant des parents. En effet ces derniers ont représenté la cible principale des efforts éducatifs en dehors de la classe. La composante d'organisation communautaire ayant été introduite à la fin du programme, celle-ci a été peu susceptible d'avoir causé un effet marqué sur le comportement tabagique des élèves. Les messages médiatiques ont cependant pu avoir une influence sur la perception des adolescents à propos des normes antitabac.

## **Projet Nortland**

Le projet Nortland élaboré par Perry, Williams et coll.<sup>(117,118)</sup> (1993), constitue un programme de prévention de l'usage de l'alcool qui s'est déroulé en deux phases, la première lorsque les élèves étaient en 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> année et la deuxième lorsque ces derniers étaient en 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> année. Ce programme a visé des changements au niveau des comportements individuels tout en accordant une place prépondérante aux changements de l'environnement. Ainsi, beaucoup d'efforts ont été mis pour rejoindre les parents et les leaders des communautés. Compte tenu de l'âge des enfants, la première phase s'est concentrée davantage sur les parents, la seconde sur l'environnement social plus large.

L'efficacité de la première phase du programme a été démontrée. Celle-ci a permis de retarder l'âge où les jeunes commencent à prendre de l'alcool, à réduire l'usage d'alcool chez ceux qui avaient déjà commencé à boire et à limiter le nombre de problèmes reliés à la consommation d'alcool chez les jeunes. Dès le début du projet, le programme Nortland<sup>(118,119)</sup> s'est adressé aux parents pour qu'ils acquièrent des habiletés avant que les enfants s'initient à l'alcool et aussi pour que des règles soient établies à la maison au sujet de l'usage d'alcool. Des livrets d'activités incluant des devoirs à compléter ont été utilisés par les parents à la maison. Au cours des trois années de la première phase du projet, les parents ont également été invités à diverses soirées à l'école. Ils pouvaient aussi se joindre aux groupes de volontaires qui se sont impliqués dans la communauté. Enfin, la distribution de plusieurs bulletins d'information *Nortland Notes for Parents*

---

<sup>22</sup> En français (traduction libre) : Sensibilisation des élèves et résistance.

leur a permis de suivre le déroulement du programme de prévention à mesure qu'il s'actualisait de la 6<sup>e</sup> à la 8<sup>e</sup> année.

Les chercheurs indiquent que le devis de recherche ne permet pas une évaluation des effets de chaque composante du programme prise séparément comme la participation des parents. Toutefois, ils estiment que les activités auprès des parents ayant constitué les éléments clés de la première phase du programme, celles-ci ont été déterminantes pour expliquer le succès obtenu durant cette phase.

### **Projet SixTeen**

Biglan, Ary et coll. (2000)<sup>(120)</sup> ont conçu et évalué un programme de prévention du tabagisme, le projet SixTeen, comportant un volet destiné aux parents. Le groupe expérimental a participé à un programme de prévention en milieu scolaire et à un programme communautaire alors que le groupe témoin n'a participé qu'au programme scolaire. Le programme communautaire comprenait l'utilisation des médias écrits (media advocacy), des activités développées pour les jeunes de la communauté et un module consacré à l'accessibilité des produits du tabac. Des activités de communication avec la famille ont de plus été élaborées afin que les parents puissent exprimer à leurs enfants leur réprobation quant au tabagisme juvénile.

La première année de l'intervention, les écoles et les organismes communautaires ont distribué des brochures aux parents. Celles-ci recommandaient de prévenir le tabagisme juvénile et suggéraient des règles à appliquer et des sanctions pour les transgressions. Dans plusieurs communautés, les élèves (6<sup>e</sup> à la 9<sup>e</sup> année) ont donné à leurs parents un jeu-questionnaire qui a été conçu pour susciter des discussions entre parents et enfants. Dans certaines communautés, une lettre signée par des citoyens bien en vue de la communauté locale a précédé le jeu-questionnaire.

Les résultats du projet SixTeen<sup>(120)</sup> ont montré qu'un programme communautaire qui cible plusieurs influences à l'origine du tabagisme des adolescents, peut améliorer les effets d'un programme scolaire. La prévalence du tabagisme a été significativement plus faible dans les communautés ayant appliqué le programme scolaire et le programme communautaire en comparaison des communautés n'ayant bénéficié que du programme scolaire.

#### *2.5.2.4 Implantation des interventions auprès des parents*

Les projets STAR, Northland et SixTeen démontrent que l'implication des parents peut contribuer à optimiser les actions antitabac à l'école. Une recension récente des écrits par Kumpfer (1999)<sup>(74)</sup> portant sur les programmes de prévention, a toutefois indiqué que les programmes en milieu scolaire parviennent difficilement à susciter l'intérêt des parents quand il s'agit de les faire participer. Dans une enquête réalisée pour connaître leurs opinions sur les moyens de participation qu'ils préféraient, les résultats ont montré une forte préférence pour les interventions courtes à la maison plutôt que des activités à l'école ou ailleurs. Les parents ont nettement préféré les bulletins fournissant des conseils et les devoirs à faire à la maison avec leurs enfants<sup>(121)</sup>.

À partir d'une recension de divers programmes de prévention de la toxicomanie qui comportaient un volet destiné aux parents, Vitaro, Normand et Charlebois<sup>(122)</sup> (1999) ont mis en lumière certaines pistes d'action favorisant l'implication et la rétention des parents dans les programmes

de prévention de la toxicomanie chez les jeunes. Les stratégies pour motiver les parents à participer à une démarche qui propose une aide préventive au tabagisme juvénile pouvant avoir certaines similitudes, il peut s'avérer intéressant de connaître les moyens recommandés dans le développement des phases d'un programme de prévention de la toxicomanie. Le tableau 3 en fait l'énumération. Les chercheurs concluent à la nécessité d'ajuster les stratégies retenues aux valeurs ethnoculturelles de la communauté choisie et à ses rapports particuliers avec le problème ciblé et de les soumettre à une expérimentation sérieuse afin de les évaluer.

**Tableau 3 Pistes d'actions favorisant l'implication et la rétention des parents dans un programme de prévention de la toxicomanie**

| Phases de développement d'un programme | Pistes d'actions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Planification</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>› S'appuyer sur des bases théoriques et empiriques solides.</li> <li>› Réaliser un sondage auprès des parents.</li> <li>› S'assurer d'un soutien politique et d'un financement stable.</li> <li>› Commencer tôt : travailler en amont des problèmes.</li> <li>› Cibler les périodes de transition.</li> <li>› Sensibiliser les parents aux problèmes des jeunes.</li> <li>› Proposer un programme à long terme.</li> <li>› Élargir le contexte d'intervention.</li> <li>› Agir en concertation.</li> <li>› Planifier des contacts fréquents.</li> <li>› Bien choisir les intervenants et les soutenir adéquatement.</li> <li>› Faire appel aux parents comme collaborateurs.</li> <li>› Évaluer la mise en œuvre et les effets de l'intervention.</li> </ul> |
| <b>Recrutement</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>› Publiciser le programme par tous les moyens.</li> <li>› Privilégier un contact personnel.</li> <li>› Normaliser la participation au programme.</li> <li>› Inviter de façon répétée et persister.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Mise en œuvre</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>› Éliminer les obstacles.</li> <li>› Augmenter les attraits.</li> <li>› Favoriser une appropriation : donner un rôle actif aux parents.</li> <li>› Favoriser la création d'une relation : développer un attachement entre la famille et l'intervenant.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

Source : Gouvernement du Québec, Vitaro, F., Normand, C.L. Charlebois, P. (1999). Jeunes et prévention de la toxicomanie : quand les parents s'impliquent<sup>(122)</sup>.

### 2.5.3 L'implication des jeunes

L'approche d'intervention qui donne aux jeunes la direction de projets<sup>23</sup> s'appuie sur la promotion des facteurs de protection contre l'usage du tabac tels que le développement des capacités de leadership, de planification et de prise de décision, l'accès à des occasions de succès, les engagements à demeurer non-fumeur à l'école et le plaidoyer dans la communauté (*community advocacy*). Les experts jugent qu'il est essentiel d'impliquer les jeunes compte tenu de la grande influence qu'ils exercent entre eux, à l'adolescence<sup>(74)</sup>. Par ailleurs, selon Jacobson, Lantz et coll. (2001)<sup>(29)</sup>, les adolescents peuvent être plus réceptifs aux messages antitabac lorsqu'ils sont communiqués par des adolescents plus âgés qu'eux plutôt que par des adultes. Les adolescents plus âgés qui ne fument pas ou qui sont d'anciens fumeurs peuvent en effet représenter des modèles pour les plus jeunes. Les facteurs de succès des activités de prévention menées par les

<sup>23</sup> « Youth-led » ou « Youth involvement approach ».

jeunes dans la communauté ou en milieu scolaire n'ont cependant pas encore été définis, les chercheurs n'ayant pas encore testé ces approches<sup>(74)</sup>. L'American Legacy Foundation<sup>24</sup> (2000)<sup>(123)</sup> encourage le développement de la recherche dans ce sens, en subventionnant dans 17 États américains des projets sur ce nouveau paradigme d'intervention : la promotion d'une plus grande participation et l'implication des jeunes dans leur communauté par la création de mouvements de jeunes contre l'usage du tabac<sup>(44,124)</sup>. Dans de nombreux États américains, des groupes de jeunes travaillent contre l'usage du tabac, en lien ou non avec une campagne médiatique. Le but premier de plusieurs de ces groupes (souvent appelés *Youth empowerment groups*) est de créer une présence dans la communauté qui puisse changer les normes entourant le tabac par l'influence entre pairs et à l'aide de diverses activités. Ces activités incluent la formation des membres (connaissance de base sur le tabac et formation sur les médias, le plaidoyer et le leadership), l'éducation des pairs, parler en public, participer à des sommets antitabac pour les jeunes, distribuer du matériel antitabac (par exemple, des t-shirts, des autocollants, des casquettes, etc.) ou militer en faveur des politiques antitabac<sup>(124)</sup>. Farelly, Niederdeppe et Yarsevich (2003)<sup>(124)</sup> ont répertorié 24 groupes actifs de jeunes dans autant d'États américains. Tous ces États sauf trois diffusent des campagnes médiatiques et 16 de ces 21 campagnes font la promotion de messages centrés sur l'industrie du tabac et la composition chimique des cigarettes.

En Californie, les programmes locaux de lutte au tabagisme mettent l'emphase sur le leadership des jeunes et le militantisme en impliquant ces derniers dans des activités s'opposant aux tactiques employées par l'industrie du tabac<sup>(125)</sup>. Le programme de contrôle du tabagisme de la Floride<sup>(126)</sup> comprend un volet très développé s'adressant aux jeunes. Cet aspect du programme est reconnu pour avoir contribué à réduire le tabagisme chez les jeunes<sup>(75)</sup>. La Floride favorise des actions communautaires contre le tabagisme par des « équipes de jeunes travaillant contre le tabagisme » (*Students Working Against Tobacco ou S.W.A.T.*). L'Association pulmonaire américaine finance des coalitions de jeunes, les *Teens Against Tobacco Use (T.A.T.U.)* dans 37 États américains. Le programme T.A.T.U. s'appuie sur le concept de la formation des jeunes par les jeunes. Les jeunes qui participent au programme améliorent leurs connaissances sur le tabagisme et, apprennent et appliquent les techniques du plaidoyer<sup>(127,128)</sup>. Dans tous ces cas, on ne dispose malheureusement pas d'évaluation permettant de déterminer l'efficacité relative de la contribution des jeunes sur le comportement tabagique de leurs pairs.

Riches de l'expérience du projet Northland, Perry, Williams et coll. (2000)<sup>(129)</sup> indiquent que les jeunes par les activités qu'ils créent, planifient et implantent, contribuent à modifier les normes dans leur communauté. Toutefois, ceux qui s'impliquent davantage constituent un faible pourcentage de l'ensemble des jeunes. Les occasions directes d'émancipation ne sont donc expérimentées que par un groupe limité d'individus. De plus, les élèves préfèrent les activités éducationnelles concrètes à celles visant des changements de politiques à l'école ou dans la communauté. Malgré ces barrières, les chercheurs considèrent que les réalisations des jeunes sont remarquables et démontrent à quel point ces derniers peuvent déployer de l'énergie positive pour développer des activités s'adressant à leurs pairs.

<sup>24</sup> L'American Legacy Foundation a été créée en 1998 à l'issue du procès intenté par la coalition de 46 États américains contre les compagnies de tabac, condamnant ces dernières à verser 206 milliards de dollars sur une période de 25 ans à la coalition. L'American Legacy Foundation a le mandat de réduire l'usage du tabac aux États-Unis en finançant divers projets.

Brown, Cameron et coll. (2002)<sup>(130)</sup> ont évalué un projet de contrôle du tabagisme réalisé dans 15 écoles secondaires ontariennes jumelées à 15 écoles témoins. Ce projet a rejoint 2 776 élèves de 8<sup>e</sup> année soit 91,7 % de l'ensemble des élèves des 30 écoles. Dans les écoles expérimentales, des professeurs se sont associés à des élèves, à du personnel de l'école et à des membres de la communauté pour planifier et réaliser des activités parascolaires de prévention et de cessation du tabagisme s'adressant au plus grand nombre d'élèves possible. Chaque école a pu compter sur un budget annuel de 1 000 \$ (soit une moyenne de, 70 \$ par élève) et l'appui actif des chercheurs. Les activités se sont déroulées au cours de la 9<sup>e</sup> et de la 10<sup>e</sup> année. Le nombre moyen d'activités a été de 3,8 par école en 9<sup>e</sup> année et de 3,5 en 10<sup>e</sup> année. Les activités qui ont varié d'une école à l'autre ont inclus des assemblées, des concours de type « J'arrête, j'y gagne », des concours d'affiches, des kiosques, des fêtes de la santé et des enquêtes. Les effets de ces interventions ont été évalués à la fin de la 10<sup>e</sup> année.

Les résultats ont montré que, parmi les garçons qui n'avaient pas fumé en 8<sup>e</sup> année, le taux de tabagisme était significativement plus faible en 10<sup>e</sup> année dans le groupe expérimental (9,8 %) que pour le groupe témoin (16,4 %). Aucune différence significative n'a été observée chez les filles de 10<sup>e</sup> année, ni chez les élèves des deux sexes qui avaient déjà fumé en 8<sup>e</sup> année. Le taux de tabagisme total (i.e. tabagisme régulier et expérimental) a été de 22,3 % dans les écoles expérimentales comparativement à 28,7 % dans les écoles du groupe témoin ( $p = 0,12$ ). Les chercheurs ont conclu que l'approche qui implique des élèves dans la réalisation d'activités parascolaires de contrôle du tabac constituait une approche prometteuse.

#### **2.5.4 En résumé**

L'intervention des parents et l'implication des jeunes dans leur communauté constituent des éléments de l'environnement social plus immédiat des jeunes qui peuvent contribuer à réduire le tabagisme.

L'influence parentale sur le tabagisme de leurs enfants est relativement bien documentée pour un ensemble d'attitudes et de comportements antitabac. Les résultats de recherche dans ce domaine démontrent la pertinence de cibler les parents, ce qu'appuient unanimement les experts en prévention du tabagisme chez les jeunes. L'efficacité de l'intervention des parents auprès de leurs enfants n'est évaluée qu'indirectement dans les résultats finaux des programmes écologiques de prévention et pour laquelle on ne peut dégager clairement l'effet de la composante « parent ». Il est cependant logique de penser que l'implication des parents contribue aux résultats positifs obtenus.

L'implication active des jeunes dans la communauté et à l'école vise à renforcer les facteurs de protection et mise sur l'éducation des jeunes par les jeunes. Aux États-Unis, cette approche est intégrée dans plusieurs programmes écologiques de contrôle du tabagisme qui ont fait leurs preuves. Cependant, d'autres recherches évaluatives sont nécessaires pour déterminer la contribution relative de cette composante à la prévention du tabagisme chez les jeunes et pour identifier les combinaisons d'activités les plus efficaces.

## **3 LES LOIS, LES RÈGLEMENTS ET LA FISCALITÉ**

### **3.1 LES LOIS ET RÈGLEMENTS**

#### **3.1.1 Introduction**

Parmi l'ensemble des mesures qui ont pour objectif de contrôler l'usage des produits du tabac, les lois occupent une place de choix. Les lois et règlements sur les produits du tabac, leur mise en marché et leur utilisation, peuvent influencer les croyances et les attitudes, le degré de l'exposition aux risques, et les comportements du public face au tabagisme. Les lois étant, par essence, issues du politique, leur pertinence et la nature finale de leur contenu peuvent échapper, en partie, à une stricte vision de santé publique centrée sur l'atteinte d'objectifs de santé. Ainsi, les lois et règlements peuvent contenir à la fois des mesures basées sur leur efficacité à atteindre des objectifs de santé publique et des mesures du domaine de la logique, de la cohérence, de l'expression de tendances présentes dans la société, et reflétant les valeurs et contraintes d'une société donnée, à un moment donné.

Le recours devant les tribunaux, soit par l'État, soit par des personnes ou des groupes de personnes estimant avoir subi des préjudices imputables au tabac est l'autre facette de la relation entre le tabac, les lois et la justice. Pour P. D. Jacobson et K. Warner (1999)<sup>(131)</sup>, les objectifs de santé publique sont mieux servis par l'établissement de lois contrôlant le tabagisme que par les recours légaux, même si ceux-ci ont pu stimuler le débat sur le tabagisme, dans le cas des États-Unis, par exemple. Ainsi, c'est au premier aspect que nous nous attarderons essentiellement et ce, d'autant plus que l'adoption d'un corpus législatif sur le contrôle du tabagisme se rattache surtout à la prévention et à la protection, par le biais de politiques et mesures menant à la diminution de l'exposition aux risques et à la dénormalisation du produit.

La littérature scientifique apporte des preuves parcellaires de l'efficacité des mesures législatives ou réglementaires adoptées au Québec, au Canada ou ailleurs. Évaluer l'efficacité de mesures législatives pose en effet un défi de taille car les méthodes d'évaluation les plus rigoureuses exigent une comparaison avec une population témoin, ce qui est quasiment impossible dans ce cas. Cependant, d'autres types d'étude peuvent venir appuyer ces mesures. Par ailleurs, les documents provenant de l'industrie du tabac, ainsi que les recours en justice qu'elle intente contre la constitutionnalité des lois, fournissent des indices sur l'efficacité des mesures législatives telles que les avertissements de santé sur les emballages des produits. En effet, on peut présumer que l'industrie s'oppose à toute mesure susceptible d'aboutir à des baisses de consommation, et ignore les autres.

Au Québec, la Loi fédérale sur le tabac de 1997 et la Loi provinciale sur le tabac de 1998<sup>(85)</sup> régissent ce qui concerne le tabac. Les textes des lois et règlements en vigueur au Canada, au Québec et dans les autres provinces sont disponibles sur le site Internet du Conseil canadien pour le contrôle du tabac : [www.cctc.ca](http://www.cctc.ca).

### 3.1.2 La promotion, la publicité et la commandite

De nombreuses études ont fait la preuve que la publicité et la promotion du tabac ont un impact sur l'initiation du tabagisme chez les jeunes (voir chapitre 4). C'est pourquoi, les limiter ou mieux, les interdire est une mesure recommandée. Saffer et Chaloupka (2000)<sup>(132)</sup> démontrent en effet qu'une forte (*comprehensive*) réduction de la publicité provoque une baisse de la consommation des cigarettes de 7,4 % dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (l'OCDE). Ils soulignent d'autre part que des interdictions limitées ont peu d'effet, à cause de la substitution, par les compagnies de tabac, d'une forme de publicité par une autre. Selon Jacobson, Lantz et coll. (2001)<sup>(29)</sup>, les preuves disponibles indiquent qu'une interdiction complète de la publicité du tabac peut avoir un impact notable sur le comportement tabagique des jeunes mais cependant relativement faible car l'initiation du tabagisme dépend de nombreux autres facteurs.

Si l'interdiction totale de la publicité constitue l'objectif ultime que vise la santé publique, y arriver est cependant une lutte de longue haleine avec des reculs possibles, les compagnies épuisant tous les recours légaux possibles pour contrer l'atteinte d'un tel objectif. Ainsi, en 1995, faisant suite aux recours de l'industrie du tabac, la Cour suprême a invalidé ce qui, dans la loi adoptée en 1988 aurait permis une interdiction totale de la publicité au Canada. En 2002, les industriels du tabac ont tenté à nouveau d'invalidier des articles limitant la publicité dans la loi sur le tabac de 1997. Ayant perdu leur cause en cour supérieure à Montréal, ils l'ont portée en appel.

Lorsqu'il n'existe pas d'interdiction totale, l'industrie exploite toutes les brèches que lui laisse la loi, pour atteindre le public. L'exposition de nombreux présentoirs de paquets de cigarettes, souvent associés à des images de sports extrêmes dans les lieux de vente, en est un exemple. Cette forme de promotion est vraisemblablement efficace en termes de marketing puisque les compagnies de tabac y investissent des sommes importantes en rémunérant les détaillants pour l'installation de ces présentoirs et autres formes de publicité déguisée. De plus, les fabricants de tabac s'insurgent avec vigueur contre l'interdiction de l'étagage de leurs produits, comme en Saskatchewan où une telle politique a été instaurée en mars 2002, mais invalidée en octobre 2003 en Cour d'appel, après le recours de l'industrie. La cause sera entendue en Cour suprême. L'industrie utilise aussi de plus en plus l'Internet pour rejoindre les jeunes, ce média n'étant pas réglementé.

En ce qui concerne la promotion des produits du tabac, incluant la commandite, la Loi québécoise sur le tabac les interdit depuis octobre 2003. La présence grandissante de la cigarette dans les films représente un cas particulier de promotion qui échappe aux législations locales ou nationales. Pourtant, l'exposition aux films où sont associés acteurs et tabagisme constitue une forme de promotion efficace auprès des jeunes. Les études de Tickle, Sargent et coll. (2001)<sup>(133)</sup> et Sargent, Dalton et coll. (2002)<sup>(134)</sup> démontrent en effet que le statut tabagique des jeunes est d'autant plus élevé que leur acteur préféré fume. Il est aussi d'autant plus élevé qu'ils voient cet acteur fumer dans plus de films. Un encadrement législatif entourant les pratiques de l'industrie cinématographique est donc souhaitable mais ne peut se faire sans une concertation internationale pour baliser cette forme de promotion du tabagisme.

### 3.1.3 L'emballage et l'étiquetage

Les lois sur le tabac donnent aux gouvernements la possibilité de réglementer le format et la présentation des emballages et des contenants de produits du tabac. L'interdiction de vendre des cigarettes autrement qu'en format de 20 cigarettes ou plus, en est un exemple.

En décembre 2000, le Canada a été le premier pays à obliger les fabricants à imprimer sur les paquets de cigarettes des représentations graphiques des effets du tabagisme sur la santé. Ces avertissements illustrés occupent 50 % des surfaces des paquets de cigarettes et des emballages des cartouches. D'autres informations sur la santé et la cessation doivent obligatoirement être présentes sur les abattants, dans les tiroirs ou sur des feuillets insérés dans les paquets de cigarettes. D'autres pays ont depuis imposé les mêmes obligations, ou sont en voie de le faire. Aucune évaluation n'a encore été faite quant aux effets de ces avis sur l'initiation ou la prévalence du tabagisme. Cependant, pour l'ensemble du Canada, deux sondages ont été réalisés auprès de personnes de 18 ans et plus à l'automne 2001 et au début 2002<sup>(135,136)</sup>. Selon ces sondages, les avertissements constitueraient une intervention positive pour le contrôle du tabagisme. En effet, les résultats ont montré que les personnes interrogées appuyaient fortement cette initiative et appréciaient l'information donnée par ces messages. Ceux qui ont arrêté de fumer en 2001, dans une proportion de 38 %, ont affirmé que les messages avaient été un facteur pris en compte dans leur décision. Ainsi, les avertissements augmenteraient le désir de cesser de fumer chez les fumeurs. En Australie, Borland (1997)<sup>(137)</sup> a obtenu des résultats similaires. Cependant les effets positifs obtenus auprès des adultes n'ont pas été retrouvés chez les jeunes<sup>(138)</sup>.

Une cohorte d'étudiants de 15 ans d'âge moyen, a été suivie pendant trois mois dans le cadre d'une étude menée en Californie par Robinson et Killen<sup>(138)</sup>. Ces jeunes ont été exposés aux avertissements sur les paquets et sur d'autres supports. Les résultats ont montré qu'une plus grande connaissance des mises en garde sur les paquets de cigarettes était statistiquement associée à de plus hauts niveaux de tabagisme chez les jeunes qui fument. Cet effet pourrait être dû au fait qu'à mesure que les jeunes fumeurs augmentent leur consommation, ils sont davantage exposés à ces messages et finissent par mieux les connaître, ou encore que les plus grands fumeurs proviennent de milieux où l'usage du tabac est plus important, augmentant ainsi leur exposition aux messages. Cette analyse des résultats a conduit les chercheurs à conclure qu'au mieux, les avertissements sur la santé ont été inefficaces pour ces jeunes.

Wakefield, Morley et coll. (2002)<sup>(139)</sup>, à partir de l'étude des documents de l'industrie, indiquent que le design des paquets de cigarettes en fait une forme de publicité qui permet de cibler des groupes particuliers comme les jeunes adultes et les femmes. C'est pourquoi, ils recommandent de légiférer en cette matière. Plusieurs études ont été menées pour évaluer l'efficacité des paquets neutres auprès des jeunes. Cunningham<sup>(140p.152)</sup> répertorie six recherches dont deux ont été menées en Ontario en plus d'une étude exhaustive menée par Santé Canada en 1995.

Les résultats de l'ensemble de ces études indiquent que le paquet neutre détériore l'image que les jeunes se font des cigarettes et de ceux qui pourraient les acheter. Les résultats montrent également qu'un paquet neutre pourrait dissuader les jeunes de commencer à fumer. La réglementation de l'emballage neutre est réclamée par les groupes de santé depuis le milieu des années 80. En 1994, des audiences publiques sur la banalisation des produits du tabac tenues sous l'égide du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes ont amené ce comité à recommander l'élaboration d'un cadre législatif à cet effet si l'étude de Santé Canada démontrait l'efficacité de la mesure<sup>(140)</sup>.

D'autres règlements ont été promulgués concernant des informations sur les produits toxiques contenus dans la fumée de tabac à inscrire sur les paquets de cigarettes. Leur effet sur le tabagisme n'est pas connu. On présume que cela représente un type d'information auquel des jeunes peuvent être sensibles avant d'expérimenter ou de prendre l'habitude du produit. Ces informations pourraient être plus explicites, autant en élargissant la liste des poisons présents dans la fumée de tabac, qu'en explicitant leurs effets sur la santé et l'usage qui en est fait par ailleurs.

### **3.1.4 L'accessibilité**

Au chapitre de l'accès aux produits du tabac, si la plupart des pays développés ont légiféré pour rendre illégale la vente aux mineurs, les lois ou règlements peuvent différer quant aux mesures mises en place pour en assurer le respect. Le respect de la loi par les détaillants est extrêmement variable et dépend d'une série de facteurs<sup>(141-144)</sup> :

- ▶ l'âge apparent de l'acheteur;
- ▶ l'obligation de présenter une carte d'identité avec photo;
- ▶ l'âge du vendeur qui tend d'autant plus à ne pas respecter la loi qu'il est plus jeune;
- ▶ le sexe du vendeur, la probabilité de vente illégale étant plus faible si le vendeur est une femme;
- ▶ le sexe de l'acheteur, les garçons ayant plus de chances de se faire refuser une demande d'achat que les filles;
- ▶ l'éducation des détaillants et de leur personnel;
- ▶ la fréquence des contrôles et l'importance des amendes;
- ▶ l'obligation de détenir une licence éventuellement révocable;
- ▶ l'interdiction du libre-service par machine distributrice ou non;
- ▶ la densité des points de vente.

Quelques études (études de cas de communautés et études avec devis quasi expérimentaux) montrent que les lois qui interdisent la vente de tabac aux mineurs peuvent réduire la consommation de tabac chez les adolescents lorsque la loi est respectée par la très grande majorité des détaillants et que la communauté s'implique activement<sup>(145)</sup>. Stead et Landcaster (2000)<sup>(146)</sup> soulignent la difficulté de faire respecter ces lois, même si des études montrent une diminution des ventes illégales après des interventions visant au renforcement de l'application des lois. Les restrictions à l'accès sont loin cependant d'avoir les résultats escomptés auprès des jeunes. En effet, l'accès aux cigarettes n'étant pas limité aux détaillants, les jeunes peuvent s'en procurer auprès de leurs parents, de leur fratrie et auprès des amis et des jeunes travaillant ou non dans les dépanneurs. Ainsi, les mesures freinant l'accès n'ont pas eu d'effet sur la perception que les jeunes se font de l'accès au tabac comme l'a démontré deux études avec groupe témoin<sup>(144,147)</sup>. De plus, les résultats de la méta-analyse de Fichtenberg et Glantz (2002)<sup>(148)</sup> n'ont montré aucune corrélation entre le respect des lois sur l'accès et la prévalence du tabagisme chez les jeunes.

Le peu d'effets des lois limitant la vente aux mineurs sur le comportement tabagique des jeunes remet en question leur pertinence et soulève une controverse sur l'importance à accorder à cette mesure dans un contexte de rareté de ressources. C'est ainsi qu'aux États-Unis, où des efforts

considérables ont été consacrés pour faire respecter les lois limitant l'accès des produits du tabac, plusieurs experts expriment de sérieux doutes sur ces mesures et certains vont même jusqu'à recommander de les abandonner. L'éditorial de Ling, Landman et Glantz (2002)<sup>(149)</sup> rend compte de cette situation :

« Au mieux, les programmes réduisant l'accessibilité du tabac pour les jeunes ne sont pas efficaces, et ils drainent des ressources rares. Au pire, ils sont contre-productifs et soutiennent le combat de l'industrie du tabac contre des mesures efficaces. Alors que ces programmes paraissent logiques et pleins de bonnes intentions, dans les faits ils ne fonctionnent pas et mènent maintenant à des efforts encore plus futiles pour réduire l'approvisionnement de l'entourage. Ces programmes devraient être retirés des recommandations contenues dans les programmes écologiques de contrôle du tabagisme. En contrepartie, les défenseurs du contrôle du tabagisme devraient poursuivre les stratégies pour lesquelles on dispose de solides évidences empiriques d'efficacité, comme les espaces de travail et les maisons sans fumée, les taxes, les campagnes médiatiques et les messages reliés à la fumée secondaire. » (traduction libre).

Dans certains États américains, l'interdiction de vente aux mineurs est renforcée par l'interdiction qu'il leur est faite de fumer en public ou de posséder des produits du tabac. Parfois la loi permet jusqu'au retrait du permis de conduire pour un mineur surpris à fumer dans un lieu public<sup>(150)</sup>. Tout comme les restrictions de la vente aux mineurs, ce type de mesures légales ne fait pas l'unanimité parmi les experts. Certains experts font en effet valoir qu'agir de la sorte fait porter la responsabilité du tabagisme sur les épaules des jeunes plutôt que sur celles des compagnies de tabac qui mettent tout en œuvre pour cibler cette clientèle<sup>(151)</sup>. Il n'y a pas de commune mesure entre le délit de possession de tabac par les jeunes, là où il existe, et les comportements des fabricants qui les ont rendus dépendants à un produit toxique, qui entraînera une fois sur trois leur décès prématuré<sup>(152)</sup>.

Le fait que l'industrie du tabac fasse la promotion de ce type de règlements devrait semer encore plus de doutes sur l'efficacité de ces mesures. Ainsi, au Québec et ailleurs, l'industrie essaie d'introduire le programme « Opération carte d'identité ». Dans le cadre de ce programme, le détaillant doit placarder une affiche sur laquelle il est indiqué qu'une carte d'identité (prouvant que le jeune a 18 ans) est obligatoire pour acheter des cigarettes. On y ajoute « C'est la loi ». L'industrie fait en sorte que le tabagisme soit présenté comme une activité exclusive aux adultes et de surcroît illégale pour les jeunes pour que - dans les faits - ces derniers soient encouragés à expérimenter par défi ou pour accéder au monde adulte. En faisant la promotion de son programme, l'industrie tente de projeter une image de « bon » citoyen corporatif, concerné par la santé des jeunes.

Glantz (1993, 1996)<sup>(153,154)</sup> propose de forcer les fabricants à agir conformément à leur propre discours corporatif en les pénalisant s'ils n'atteignent pas leurs objectifs affichés de protection des mineurs. Cette proposition mériterait d'être considérée. Il s'agirait de faire payer aux fabricants un montant proportionnel à la consommation des jeunes de moins de 18 ans, par marque de commerce, somme qui serait égale au double des revenus provenant des ventes aux mineurs. Il est estimé qu'ainsi calculé, le montant de cette pénalité couvrirait les profits attendus de leur consommation future. Le but est de ne pas permettre aux compagnies de faire quelques profits que ce soit à court et à long terme en incitant les jeunes à fumer. Il est en effet démontré qu'actuellement un jeune consommateur génère des profits pour le fabricant de la marque qu'il

fume pour une période de plus de 20 ans. Sous cette contrainte, on pense que l'industrie trouverait les moyens pour atteindre avec efficacité les objectifs qu'elle prétend poursuivre.

La controverse entourant les diverses mesures légales limitant l'accès aux produits du tabac chez les jeunes amène la plupart des experts à considérer que ces mesures ne représentent qu'un aspect de la lutte au tabagisme et qu'elles doivent, pour conserver leur pertinence, s'inscrire à l'intérieur des programmes écologiques de contrôle du tabagisme<sup>(7,142,155)</sup>.

### **3.1.5 Les fabricants et les distributeurs**

Les lois et règlements du Canada et du Québec donnent au législateur la possibilité de recueillir des informations sur les activités des fabricants, la teneur des produits et leur mise en marché. Cette possibilité, assez peu utilisée actuellement, devrait permettre aux gouvernements d'exercer un certain niveau de contrôle sur les pratiques de l'industrie, ses recherches et stratégies. Les gouvernements pourraient avoir ainsi de l'information qui leur permettrait d'être proactifs. Ceci aurait pu être le cas, par exemple, quand des compagnies se sont préparées à produire et à mettre sur le marché des produits laissant croire qu'ils étaient moins nocifs pour la santé, comme lors de l'adjonction des filtres et de l'introduction des produits dits « légers, doux ou ultralégers ». Les experts considèrent que les appellations comme « douces et légères » sont trompeuses et conduisent à un sentiment de fausse sécurité pouvant avoir pour conséquence de favoriser l'expérimentation chez les jeunes ou le maintien de la consommation de cigarettes chez les fumeurs<sup>(156,157)</sup>.

L'ardeur des fabricants à combattre l'interdiction de ces mentions peut être considérée comme un indice de leur efficacité sur la promotion des ventes. L'interdiction de l'usage de ces appellations semble donc une mesure prometteuse de lutte contre le tabagisme, fortement recommandée par les experts<sup>(158)</sup>.

Une meilleure connaissance du produit et des méthodes de fabrication permettait aussi au législateur de contrecarrer tout ce qui dans la composition ou les processus de fabrication, provoque davantage de dépendance au produit ou une augmentation de sa nocivité. Ce domaine d'intervention que nous n'examinons pas dans cet avis touche la question de la réduction des méfaits qui suscitent la controverse parmi les experts.

La publication ou la divulgation obligatoire des recherches entreprises par l'industrie de tabac et de leurs résultats, tant à propos de la composition du produit que du marketing, fournirait aux responsables de la santé des connaissances leur permettant de concevoir des programmes de lutte contre le tabagisme plus efficaces.

### **3.1.6 L'usage du tabac**

Les restrictions ou l'interdiction de l'usage du tabac dans les lieux publics, les lieux d'enseignement, et les lieux de travail des secteurs publics et privés font partie de l'arsenal législatif dont disposent les paliers de gouvernements pour contrôler le tabagisme. Les chercheurs ont démontré l'efficacité de l'interdiction de fumer chez les adultes. Le rapport du Surgeon General de 2000<sup>(7)</sup> présente une vingtaine d'études sur l'efficacité des interdictions et des restrictions du tabagisme dans les lieux de travail, sur le comportement tabagique des travailleurs. Les études rapportées ont été menées à la fin des années 1980 et au début des années 1990, principalement dans les hôpitaux. Après examen de ces études, le rapport conclut

que les recherches sur le comportement tabagique, dans la plupart des lieux étudiés, ont montré une baisse de la consommation quotidienne de tabac ou de la prévalence du tabagisme ou les deux.

En 2001, le US Task Force on Community Preventive Services<sup>(159)</sup> a effectué une revue exhaustive des études sur l'efficacité des interdictions ou des restrictions de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail. Sur 54 études identifiées, 50 ont mesuré l'efficacité des interdictions ou des restrictions sur un ou plusieurs comportements liés à l'usage du tabac soit la consommation de cigarettes par jour ou par quart de travail, les tentatives d'abandon, la cessation ou la prévalence du tabagisme. Neuf études sur 50 ont rencontré les critères de rigueur scientifique définis par le US Task Force<sup>(160-168)</sup>. Les neuf études retenues ont mesuré la consommation de cigarettes telle que rapportée par les participants des groupes ou des populations exposés aux interdictions ou aux restrictions. Six des neuf études ont montré une réduction de la consommation de cigarettes. Quatre études sur les interdictions de fumer ont examiné l'arrêt tabagique rapporté par les échantillons de travailleurs sur une période de quatre semaines à 18 mois. Dans une petite étude, aucun des fumeurs n'a cessé dans un suivi de quatre semaines. Dans les trois autres études avec des périodes de suivi de 12 à 18 mois, une proportion plus importante de fumeurs travaillant là où l'interdiction de fumer était en vigueur ont abandonné la cigarette lorsqu'ils étaient comparés à un groupe de fumeurs sujets ou non à des restrictions. Six études ont mesuré des changements dans la prévalence de l'usage du tabac. Deux ont observé une réduction de la prévalence à la suite de l'implantation des interdictions ou des restrictions. Le corpus de preuves a amené le US Task Force on Community Preventive Services à la conclusion que les interdictions ou les restrictions réduisaient la consommation de cigarettes et augmentaient la cessation, mais la preuve d'un effet sur la prévalence était moins robuste.

Les restrictions de l'usage du tabac et les effets qu'elles produisent chez les adultes créent des conditions plus favorables au non-tabagisme chez les jeunes. À cet effet, l'étude de Tworek, Giovino et coll. (2003)<sup>(169)</sup> démontre clairement que la baisse du tabagisme chez les adultes diminue le risque de tabagisme chez les jeunes. Les chercheurs concluent qu'une stratégie efficace de prévention chez les jeunes passe par une diminution du tabagisme chez les adultes.

Jacobson, Lantz et coll. (2001)<sup>(29)</sup> rapportent les résultats de quelques études<sup>(170-172)</sup> qui ont démontré que les lois limitant l'usage du tabac pouvaient réduire la consommation de cigarettes chez les adolescents et les jeunes adultes. Défendre le tabagisme dans les écoles, en particulier, réduit le nombre moyen de cigarettes fumées par les jeunes. L'interdiction de fumer sur les terrains de l'école est également une mesure efficace de réduction du tabagisme chez les jeunes. Les lois qui restreignent l'usage du tabac diminuent les opportunités de fumer pour les jeunes et véhiculent le message que le tabagisme est socialement inacceptable dans ces circonstances.

Au Québec, la Loi sur le tabac a amené une diminution radicale de l'exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics en raison des restrictions qu'elle impose. C'est un acquis considérable pour la prévention de l'exposition à cette fumée et pour l'évolution des normes sociales. Cependant, en ce qui concerne les dispositions reliées aux restaurants et bars, la loi québécoise est plus permissive que chez certains de nos voisins canadiens et américains. En effet, au Québec, ces dispositions entraînent l'exposition des employés à la fumée secondaire, souvent des jeunes, dans des zones encore ouvertes. Celles-ci devraient être fermées par des cloisons, après le 17 décembre 2009. Le Québec a ainsi choisi de permettre l'aménagement de

zones avec fumée alors que dans d'autres provinces et États américains, de plus en plus nombreux, l'interdiction de fumer est totale dans les bars et restaurants.

Les normes sociales changent rapidement. On peut anticiper que le débat entre l'interdiction totale et la présence de certaines zones où fumer est permis va resurgir dans tous les lieux publics où des fumoirs ou zones réservées sont prévus ou existent. Un intense débat sur l'aménagement de fumoirs dans des lieux comme les aéroports par exemple, a déjà eu lieu au printemps 2003 sur le réseau électronique *GlobaLink*. Ces débats devraient se traduire au Québec par une réouverture de la loi, que ce soit par la possibilité qui pourrait être offerte aux municipalités d'adopter des règlements dans ce domaine ou par un amendement touchant l'ensemble du Québec.

Dans les domaines privés, maisons et véhicules, le nombre de ménages comptant des enfants de moins de 12 ans où quelqu'un fume régulièrement est passé, au Québec de 44 % à 29 %, entre 1996-1997 et 2001 (ESUTC)<sup>(12)</sup>. Même si l'on est incapable d'identifier de façon spécifique quelles sont les interventions ayant entraîné ce résultat positif, on peut postuler que cette baisse découle de l'ensemble des mesures de lutte au tabagisme mises en œuvre au Canada ces dernières années. Cette amélioration constatée au Québec ne doit pas occulter le chemin qui peut encore être parcouru. En effet, en 2002, 36 % des répondants du Québec disaient vivre dans une maison sans fumée contre 83 % en Colombie-Britannique<sup>(173)</sup>.

### **3.1.7 En résumé**

L'efficacité des différentes mesures législatives de contrôle du tabagisme, existantes ou pouvant être proposées, repose sur des évidences scientifiques de force très variable. De fait, certaines mesures se prêtent peu à une évaluation rigoureuse de leur efficacité. Souvent ces mesures se retrouvent à l'intérieur de programmes nationaux, programmes comportant plusieurs composantes, ce qui rend difficile, sinon impossible, une évaluation rigoureuse de mesures précises.

Aux chapitres de la promotion, de la publicité et de la commandite, si tous les experts s'entendent pour en prôner l'abolition, il est plus difficile d'apprécier l'effet de restrictions dans ces domaines sur l'initiation et la prévalence chez les jeunes. Indirectement, puisque les restrictions, lorsqu'elles sont importantes, sont efficaces auprès des adultes, on s'attend à ce qu'elles diminuent la consommation des jeunes. Au Canada, les lois sur le tabac encadrent sévèrement la publicité, mais ne l'interdit pas totalement. Ainsi, par exemple, l'étalage des produits dans les points de vente est utilisé par l'industrie comme une forme de publicité. Des provinces en proposent l'interdiction. Aussi, les jeunes paraissent sensibles à la promotion du tabac faite par le biais des films. Avoir pour objectif d'interdire ou restreindre cette forme de publicité implique forcément une concertation internationale.

Les avertissements sur les dangers de la consommation de cigarettes, placés sur les emballages et paquets, sont une mesure dont l'efficacité n'a été montrée que de façon indirecte auprès des adultes. Cependant, le Canada a fait preuve d'audace en ce domaine et les experts de la lutte au tabagisme soutiennent fortement cette mesure.

Même s'il n'existe pas d'études montrant directement un lien entre les appellations « douces », « légères », etc. et l'initiation de jeunes à la cigarette, des études et avis d'experts soulignent la fausse sécurité que de telles appellations procurent et l'augmentation de consommation qui peut

en résulter chez les jeunes. Quant aux emballages neutres, des études de perception de l'influence de ce mode de présentation du produit indiquent qu'ils pourraient dissuader les jeunes de fumer. Rien dans les lois fédérales ou provinciales n'encadre actuellement ni les appellations, ni la neutralité de l'emballage.

L'efficacité des mesures de restriction de l'accessibilité aux produits du tabac auprès des jeunes, fait actuellement l'objet d'un débat dans les milieux scientifiques. Peu d'études, qui plus est, faites dans des conditions particulières, ont montré que la mesure pouvait être efficace. Mais cette mesure peut être considérée importante lorsque l'on considère la dénormalisation du produit. Cet argument, militant pour l'inclusion de ces mesures de restriction de l'accès aux produits du tabac à l'intérieur de programmes écologiques, devrait être considéré sérieusement, tout en convenant qu'il ne faudrait pas consacrer des ressources indues à la mise en place et au respect de telles lois.

La loi régit l'usage du tabac dans des lieux publics intérieurs. Cette mesure, dont l'influence sur la consommation varie suivant les lieux d'application et suivant les populations étudiées, est aussi fondée sur la protection des travailleurs vis à vis de l'exposition à la fumée secondaire. Au Québec, bien qu'assurant une protection assez large, la loi ne protège pas l'ensemble des travailleurs, dont les jeunes dans le secteur de la restauration notamment. Compte tenu du potentiel cancérigène de la fumée de tabac dans l'environnement, la loi devrait s'étendre à tous les lieux publics intérieurs et sur les terrains des institutions d'enseignement (voir la section 2.4), à l'instar d'autres régions avoisinantes.

## **3.2 LES MESURES FISCALES**

### **3.2.1 Introduction**

Parmi les différentes interventions dont on a pu mesurer l'efficacité sur la réduction du tabagisme, l'augmentation des taxes sur les produits du tabac est la plus efficace<sup>(8,174)</sup>. Les manufacturiers en témoignent dans leurs documents internes<sup>(175)</sup> :

« De tous les sujets de préoccupation, celui qui nous inquiète le plus a trait à la taxation. Si les restrictions imposées au marketing, à la consommation du tabac en public et au tabagisme passif font bien baisser le volume des ventes, notre expérience montre que la taxation a des effets plus lourds encore. Elle prend donc une place essentielle dans notre réflexion sur le tabagisme et la santé ».

### **3.2.2 Taxes**

Si une taxation adéquate du produit peut permettre d'assurer une équité fiscale entre fumeurs et non-fumeurs, en couvrant, dans une certaine mesure, les dépenses publiques de santé dues aux maladies liées au tabac, le prix à l'achat du produit par le consommateur joue un rôle important dans l'amélioration de la santé de la population. En effet, l'augmentation du prix du produit affecte le niveau de consommation de celui-ci et devient ainsi une intervention qui réduit le tabagisme<sup>(176,177)</sup>.

De nombreuses études économétriques, ou utilisant d'autres méthodologies statistiques, faites à partir de données agrégées ou individuelles, transversales ou longitudinales, ont été réalisées afin de savoir quelle est l'influence du prix sur la consommation des produits du tabac, que ce soit au

niveau de la prévalence du tabagisme ou au niveau des quantités consommées par les fumeurs. Le rapport du Surgeon General, en 2000<sup>(7)</sup> retient 24 études faites à partir de données agrégées, 10 études à partir de données individuelles pour des échantillons d'adultes, et 21 études faites plus spécifiquement auprès de jeunes et de jeunes adultes. Malgré les difficultés méthodologiques, le Surgeon General conclut à une convergence des résultats, tant pour la population en général que pour les adolescents, où « la plupart des études récentes montrent que les adolescents et les jeunes adultes sont deux à trois fois plus sensibles aux prix que les adultes plus âgés »<sup>(7,p.337)</sup>. Basant son analyse sur 8 des 21 études retenues par le Surgeon General, le Us Task Force on Community Preventive Services<sup>(8)</sup> confirme qu'il existe une preuve scientifique robuste de l'efficacité de l'augmentation du prix des produits du tabac à réduire la prévalence du tabagisme et la consommation tant chez les adolescents que chez les jeunes adultes.

L'objectif des études économétriques a été de déterminer l'élasticité de la demande par rapport au prix du produit, exprimée sous la forme d'un coefficient d'élasticité. Par définition, le coefficient d'élasticité est le pourcentage de variation de la demande d'un produit pour une augmentation de un pour cent de son prix. Il a été démontré pour le tabac, que malgré une élasticité de la demande considérée comme faible, une augmentation du prix a une influence significative sur la consommation et est ainsi une mesure efficace de prévention du tabagisme<sup>(7)</sup>. La diminution de la demande due à une augmentation du prix, se traduit par une baisse de la consommation de cigarettes par personne dans une population donnée. Cette baisse se partage presque également entre d'une part, la diminution de la prévalence des fumeurs et d'autre part, une consommation moindre chez les fumeurs restants.

Parmi la population âgée de 15 ans et plus, le coefficient d'élasticité est estimé à  $-0,4^{(7)}$ , ce qui revient à dire que pour une augmentation du prix de 10 %, la baisse de la consommation sera de 4 %, dont 2 % pour la prévalence. Chez les jeunes, bien que plus discuté<sup>(29)</sup>, le coefficient d'élasticité est estimé entre  $-0,8$  et  $-1,3^{(7)}$ . Ceci revient à dire que pour une augmentation de 10 % du prix à l'achat d'un paquet de cigarettes, la baisse de la demande de cigarettes serait chez les jeunes de 8 % à 13 %. L'intervention sur les prix porte des fruits plus importants à long terme qu'à court terme, car en touchant davantage les jeunes, une proportion non négligeable d'entre eux s'abstiendra de commencer à fumer, réduisant ainsi la probabilité de devenir fumeur plus tard. On sait, en effet, que peu d'adultes de plus de 18 ans, abstinents jusque là, s'initient par la suite au tabagisme.

Il est ainsi possible de mesurer l'impact d'augmentations du prix de vente des cigarettes. Il faut noter que le prix des cigarettes au Québec et en Ontario est plus faible que celui de toutes les régions limitrophes. Ceci s'explique par la réduction importante des taxes, dans ces deux provinces, en 1994, pour enrayer la contrebande organisée. Depuis ce temps, les augmentations successives des taxes n'ont pas permis de s'aligner sur les prix des régions avoisinantes. Ainsi, si le Québec décidait, de fixer le prix de la cartouche de 200 cigarettes à 110 \$ CA, prix en vigueur à New York en mars 2003 (le double du prix actuel au Québec), l'impact sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes, toutes choses étant égales par ailleurs, pourrait être estimé en se basant sur les informations suivantes. La prévalence des fumeurs actuels de 15 à 19 ans du Québec, atteignait 33,6 % en 2000-2001 (ESCC, Statistique Canada, 2002)<sup>(11)</sup> et les jeunes fumeurs quotidiens consommaient en moyenne 13,6 cigarettes par jour<sup>(12)</sup>. En avril 2001, au Québec, la cartouche de cigarettes était vendue 39 \$. Ces données ont été retenues comme base de calcul dans le tableau 5. Le coefficient d'élasticité retenu,  $-0,8$ , correspond à une valeur, conservatrice, qui par hypothèse, se partage également entre la prévalence des fumeurs actuels et la consommation quotidienne de cigarettes chez les fumeurs. Ne disposant pas de la

consommation moyenne des fumeurs actuels, on fait ici l'hypothèse que le comportement à la baisse des fumeurs occasionnels est le même que celui des fumeurs quotidiens. En retenant ce coefficient d'élasticité, on observerait, lors d'une augmentation de prix de 10 %, une baisse de 8 % pour la consommation totale de cigarettes, de 4 % pour la prévalence et de 4 % pour la consommation moyenne. Dans le tableau 5, on estime qu'après des augmentations successives de 10 % aboutissant à un prix des cigarettes presque égal à celui de la ville de New York en 2003, la consommation globale de cigarettes chez les jeunes de 15 à 19 ans chuterait de 60 %, la prévalence de fumeurs actuels passant de 33,6 % en 2001 à 21,5 %, soit une baisse de 36 %. Le nombre moyen de cigarettes consommées par les jeunes fumeurs quotidiens passerait de 13,6 à 8,7 cigarettes par jour, toujours dans ce même groupe d'âge.

**Tableau 4 Effets attendus\* au Québec des augmentations successives de 10 % du prix de vente des cigarettes sur la consommation globale de cigarettes des fumeurs actuels de 15 à 19 ans, sur la prévalence de fumeurs actuels et sur le nombre moyen de cigarettes fumées par les fumeurs quotidiens à partir de 2001**

| Prix après une augmentation de 10 % du prix de vente (prix de base de 39 \$, jusqu'en novembre 2001) (après 2001, entre parenthèses, prix réels au Québec et dates de changements de prix) | Indice (base 100) de consommation globale de cigarettes après une augmentation de 10 % du prix de vente = $0,92 \times$ l'indice précédent | Prévalence attendue après une augmentation de 10 % du prix de vente = $0,96 \times$ la prévalence précédente (prévalence de base de 33,6 %, ESCC 2000-2001) | Nombre attendu moyen de cigarettes consommées par les fumeurs quotidiens de 15 à 19 ans = $0,96 \times$ valeur précédente (valeur de base de 13,6 cigarettes quotidiennes, ESUTC, 2001) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 42,90 \$<br>(43,82 \$ - 11/2001)                                                                                                                                                           | 92                                                                                                                                         | 32,3 %                                                                                                                                                      | 13,1                                                                                                                                                                                    |
| 47,19 \$                                                                                                                                                                                   | 85                                                                                                                                         | 31,0 %                                                                                                                                                      | 12,5                                                                                                                                                                                    |
| 51,91 \$<br>(55,05 \$ - 06/2002)                                                                                                                                                           | 78                                                                                                                                         | 29,8 %                                                                                                                                                      | 12,0                                                                                                                                                                                    |
| 57,10 \$                                                                                                                                                                                   | 72                                                                                                                                         | 28,6 %                                                                                                                                                      | 11,6                                                                                                                                                                                    |
| 62,81 \$<br>(63,33 \$ - 12/2003)                                                                                                                                                           | 66                                                                                                                                         | 27,4 %                                                                                                                                                      | 11,1                                                                                                                                                                                    |
| 69,10 \$                                                                                                                                                                                   | 61                                                                                                                                         | 26,3 %                                                                                                                                                      | 10,7                                                                                                                                                                                    |
| 76,00 \$                                                                                                                                                                                   | 56                                                                                                                                         | 25,3 %                                                                                                                                                      | 10,2                                                                                                                                                                                    |
| 83,60 \$                                                                                                                                                                                   | 51                                                                                                                                         | 24,3 %                                                                                                                                                      | 9,8                                                                                                                                                                                     |
| 91,96 \$                                                                                                                                                                                   | 47                                                                                                                                         | 23,3 %                                                                                                                                                      | 9,4                                                                                                                                                                                     |
| 101,16 \$                                                                                                                                                                                  | 43                                                                                                                                         | 22,4 %                                                                                                                                                      | 9,0                                                                                                                                                                                     |
| 111,28 \$**                                                                                                                                                                                | 40                                                                                                                                         | 21,5 %                                                                                                                                                      | 8,7                                                                                                                                                                                     |

\* On fait l'hypothèse que la proportion des fumeurs quotidiens par rapport aux fumeurs occasionnels resterait la même, et que la baisse de la consommation chez les fumeurs occasionnels serait de la même amplitude relative que chez les fumeurs quotidiens.

\*\* En avril 2003, le prix de la cartouche de 200 cigarettes était de plus de 110 \$ CA dans la ville de New York.

ESCC : Enquête sur la santé des collectivités canadiennes.

ESUTC : Enquête sur l'usage du tabac au Canada.

Il importe cependant de souligner que les droits et taxes d'accise, la TPS et la TVQ, comme tous les impôts touchant directement des produits de consommation, représentent une charge proportionnellement plus grande pour les personnes disposant de revenus plus faibles. Ces taxes sont donc régressives, car elles accentuent la pauvreté. Cet effet, non désiré dans la lutte contre le tabagisme, doit donc faire partie des éléments à considérer dans le choix des interventions de

santé publique, sachant que la prévalence du tabagisme chez les adultes pauvres est beaucoup plus élevée que pour les personnes favorisées.

### **3.2.3 En résumé**

L'augmentation des taxes sur le tabac permet de réduire de manière substantielle l'initiation et la consommation de tabac chez les jeunes. À long terme, cet effet reste important, car on n'observe que très peu de non-fumeurs qui deviennent fumeurs après 20 ans.

En plus des augmentations ponctuelles du niveau des taxes, il est important de s'assurer que les taxes prélevées sur les cigarettes sont ajustées périodiquement en fonction de l'inflation, pour maintenir l'effet dissuasif du prix des cigarettes sur la consommation. Sans cette précaution, l'inflation réduirait progressivement l'impact du coût du produit par rapport aux revenus.

La faiblesse du prix des cigarettes au Québec par rapport aux régions limitrophes donne aux gouvernements une grande latitude dans l'augmentation des taxes sur les produits du tabac. L'utilisation de cette marge de manœuvre est une mesure potentielle importante dans la prévention du tabagisme. Elle permettrait à elle seule, dans l'hypothèse d'en arriver à un prix de vente semblable à celui pratiqué dans la ville de New York, de ramener la prévalence des fumeurs actuels de 15 à 19 ans à une valeur de l'ordre de 21,5 %, représentant une baisse de 12 points de pourcentage par rapport à la valeur de 2001. Dans l'état actuel des connaissances, aucune autre mesure n'a démontré une telle efficience.

## 4 LE MARKETING ET LE CONTREMARKETING DES PRODUITS DU TABAC

### 4.1 MARKETING DES PRODUITS DU TABAC

Les entreprises utilisent la publicité et la promotion pour façonner les attitudes et les opinions des consommateurs de manière à influencer le marché. On parle de « publicité » lorsque le coût des annonces publicitaires est défrayé par des entreprises et diffusées par l'achat de temps ou d'espace publicitaire dans les médias (radio, télévision, magazines, journaux, panneaux réclame, etc.). On utilise le terme « promotion » quand des activités non reliées aux médias sont financées par des entreprises (commandites, coupons rabais, échantillons gratuits)<sup>(17)</sup>. Parmi les autres moyens de promotion, on note l'usage de la cigarette par les acteurs dans les films, la publicité thématique comme les loteries qui offrent des voyages, les activités de relations publiques, les affiches chez les détaillants et enfin, les concours<sup>(178)</sup>.

Les professionnels de la santé qui s'intéressent au marketing social comme stratégie de prévention du tabagisme ont beaucoup à apprendre de l'industrie du tabac. Pour aider à mieux comprendre dans quelle mesure le marketing des produits du tabac contribue au tabagisme chez les jeunes, nous décrirons son histoire au Canada, l'évolution des stratégies de publicité, le budget qui y est consacré et nous y apporterons des preuves de son efficacité chez les jeunes.

#### 4.1.1 Histoire du marketing des produits du tabac au Canada

Le marketing des produits du tabac à grande échelle a commencé par la publicité à la radio à la fin des années 1920. L'arrivée de la télévision a ouvert la voie aux annonces publicitaires télévisées au cours des années 1950. Dix ans plus tard, les fabricants de produits du tabac consacraient la majeure partie de leur budget de publicité à la radio et à la télévision<sup>(17)</sup>. Toutefois, une partie importante du marketing se faisait par l'entremise de la presse écrite et des activités promotionnelles (distribution d'échantillons gratuits dans les écoles, concours organisés dans les écoles, commandite d'équipes de sport professionnelles). Pendant les années 1950, les données scientifiques démontrant une relation entre l'usage du tabac et le cancer ont d'abord été passées sous silence par les médias, qui craignaient de perdre les recettes publicitaires de l'industrie du tabac. Ces résultats de recherche ont néanmoins suscité des changements dans les méthodes de marketing des fabricants de produits du tabac<sup>(17)</sup>.

À cette même période, parmi les réactions initiales de l'industrie, on note l'introduction des cigarettes à bout filtre<sup>(140)</sup>. En 1963, ces entreprises ont cessé de faire de la publicité sur les campus des universités américaines, dans les magazines et les journaux. Mais, du même souffle, l'industrie commanditait encore plus d'émissions de radio et de télévision susceptibles d'attirer de jeunes auditeurs<sup>(17)</sup>. En 1964, après la parution du rapport du US Surgeon General décrivant les effets néfastes du tabac sur la santé, les fabricants des produits du tabac se sont dotés d'un code de publicité autoréglementé<sup>(140)</sup>. Ce code interdisait la publicité des produits du tabac auprès des jeunes de moins de 25 ans. Plusieurs études ont toutefois montré que les cigarettiers ont violé maintes fois ce code<sup>(17)</sup>. L'industrie du tabac a même déclaré : <sup>(178,p.52)</sup>

« Dans les annonces de Player's, les personnages doivent avoir plus de 25 ans tout en ayant l'air d'être âgés de 18 à 25 ans » (Traduction libre).

En 1970, l'industrie a accepté volontairement de mettre fin aux primes, la principale forme de marketing au Canada à la fin des années 1960<sup>(140)</sup>. En 1972, l'industrie a commencé, de son plein gré, à apposer des messages relatifs à la santé sur les paquets de cigarettes et elle a cessé de faire de la publicité à la radio et à la télévision. Les fabricants ont lancé les cigarettes « légères » et « douces » vers le milieu des années 1970. En 1975, l'industrie a modifié son code de publicité, notamment en y ajoutant l'obligation d'afficher les taux de goudron et de nicotine sur tous les emballages ainsi que dans les annonces<sup>(140)</sup>.

C'est en 1988 que le gouvernement a adopté la première loi réglementant la publicité sur le tabac au Canada. La « Loi réglementant les produits du tabac » interdisait toute publicité sur les produits du tabac dans les annonces, sur les panneaux réclame et dans les points de vente. Puisque la loi autorisait quand même la promotion des noms de marque, l'industrie a pu maintenir ses commandites après avoir créé des sociétés portant les noms de leurs marques (ex. : duMaurier Jazz ltée). Elle a donc pu continuer à faire de la publicité sur les panneaux réclame et dans les points de vente<sup>(140,180)</sup>. Suite aux procédures intentées par l'industrie du tabac, la Cour Suprême du Canada a invalidé la Loi réglementant les produits du tabac en 1995. Les compagnies de tabac ont alors à nouveau adopté leur propre code de publicité et, en 1996, elles ont repris la publicité directe des cigarettes. Elles ont en outre modifié leur code de publicité pour autoriser les annonces dans les commerces situés près des écoles<sup>(140)</sup>.

En avril 1997, le gouvernement canadien a adopté la Loi sur le tabac, qui interdisait de nouveau la publicité<sup>(180)</sup>. Il a fallu attendre toutefois jusqu'en octobre 2000 pour que les annonces sur les panneaux réclame et dans les magasins soient interdites. Les publicités de type « style de vie » ont alors été défendues, la publicité informative est autorisée uniquement dans les envois postaux, dans les endroits où la présence d'enfants est interdite par la loi, et enfin dans les publications destinées aux adultes (plus de 85 % du lectorat adulte). Depuis octobre 2003, toutes les formes de publicité de commandite (sauf certaines exceptions) sont interdites.

Au Québec, la Loi sur le tabac<sup>(85)</sup> impose des restrictions additionnelles en matière de publicité et de promotion. Conformément à cette loi, les annonces chez les détaillants ne doivent pas être visibles à l'extérieur du commerce. La promotion financée par des commandites (sauf certaines exceptions), la distribution d'échantillons gratuits, les rabais et les primes sont également interdits.

#### **4.1.2 Évolution des stratégies de marketing**

Une des retombées favorables des procédures intentées par les compagnies de tabac contre les lois canadiennes sur le tabac a été la divulgation de nombreux documents internes de cette industrie. Ces documents qui se sont ajoutés aux documents rendus publics lors des procédures intentées aux États-Unis, ont révélé comment l'industrie du tabac a eu recours à des stratégies trompeuses pour promouvoir les cigarettes.

##### **4.1.2.1 Style de publicité**

Au fil du temps, l'industrie a souvent modifié son style de publicité<sup>(17)</sup>. Les premières annonces de produits du tabac contenaient des messages explicites reliés à la santé ainsi que des affirmations sur l'innocuité du tabac. Le nombre croissant de rapports publiés au cours des années 1950 sur les effets néfastes du tabagisme ont amené l'industrie à abandonner ce type de publicité, qui ne faisait qu'exacerber les craintes des consommateurs, et à concevoir une publicité plus rassurante.

Ainsi, les messages reliés à la santé alléguant que les cigarettes de telle ou telle marque protégeaient contre « la toux du fumeur » furent remplacés par des messages qui vantaient la douceur de la cigarette ou l'efficacité du filtre pour protéger des effets du goudron et de la nicotine<sup>(17)</sup>.

L'industrie du tabac a fait également appel à l'imagerie visuelle et à des situations de vie visant à créer des images positives de l'usage de la cigarette. Aucune information factuelle n'a plus été présentée aux consommateurs. Les annonces publicitaires ont associé de plus en plus l'usage de la cigarette à la bonne santé, à la vitalité, au succès, au bonheur, à l'esthétique et à un mode de vie actif en utilisant des thèmes comme une vie saine, la nature, le plein air, le sport, l'individualisme et la réussite<sup>(17)</sup>. L'industrie du tabac a en outre reconnu que l'imagerie visuelle est efficace seulement lorsqu'elle est utilisée de façon répétée sur de longues périodes<sup>(17,178)</sup>. C'est cette exposition répétée qui crée la norme d'acceptabilité sociale de l'usage du tabac, décrite par l'industrie comme une « bonne vieille familiarité »<sup>(178)</sup>.

#### 4.1.2.2 *Commandite*

Quand le nombre des restrictions touchant la publicité dans les médias s'est accru, les fabricants se sont tournés de plus en plus vers la commandite<sup>(178)</sup>. Au Canada, le nombre de commandites a commencé à augmenter de façon importante au cours des années 1990 après l'adoption de la Loi réglementant les produits du tabac<sup>(179)</sup>. Dans leurs documents internes, les cigarettiers reconnaissent que la commandite est une forme de promotion<sup>(178)</sup>. En 1994, l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes menée par Santé Canada, a montré que 80 % des jeunes Canadiens âgés de 10 à 19 ans croyaient que la commandite est une forme de publicité<sup>(179)</sup>.

Selon l'industrie du tabac, la commandite permet de conférer à la cigarette les attraits d'une personnalité sportive<sup>(178)</sup>. La commandite d'événements comme la course automobile et les sports « extrêmes » pratiqués en solo est valorisée par l'industrie du tabac puisque ces activités sportives évoquent le courage, l'indépendance, l'esprit d'aventure et l'audace. Dans la dernière campagne d'Export A, le goût du risque est décrit comme une très grande source de plaisir, de récompense et de gloire<sup>(178)</sup>. La promotion de commandite est particulièrement préoccupante parce que les adolescents sont plus vulnérables à l'imagerie visuelle<sup>(17,178)</sup>.

#### 4.1.2.3 *Les jeunes : un groupe cible*

Les documents internes des fabricants des produits du tabac apportent des preuves de l'importance accordée aux jeunes comme groupe cible depuis les années 1950<sup>(17)</sup>. Ces fabricants ont par exemple déclaré:<sup>(181,p.6)</sup>

« Une des leçons que nous avons apprises au cours des dix dernières années, c'est que l'industrie est dominée par les compagnies qui savent répondre le plus efficacement aux besoins des jeunes fumeurs. Nos efforts promotionnels pour ces marques demeureront axés sur leur attrait pour les jeunes fumeurs et ce, malgré le risque de gagner seulement une faible part de marché chez les fumeurs plus âgés » (Traduction libre).

Pourtant, l'industrie du tabac a toujours nié que ses stratégies de marketing visent les jeunes garçons et filles<sup>(17)</sup>. Devant les tribunaux, les fabricants des produits du tabac ont plaidé que la publicité a pour but d'accroître la fidélité à la marque ou le changement de marque chez les

fumeurs actuels. L'industrie a indiqué n'avoir aucun intérêt à cibler les jeunes non-fumeurs puisque « les annonces publicitaires ne peuvent convaincre un non-fumeur de commencer à fumer »<sup>(17)</sup>. De plus, les fabricants ont allégué que le marché des produits du tabac connaissait une croissance négligeable<sup>(17)</sup>.

De nombreux experts ont contesté les allégations des compagnies de tabac<sup>(17,178)</sup>. Premièrement, ils ont fait valoir que les compagnies de tabac doivent attirer de nouveaux fumeurs pour remplacer ceux qui ont cessé de fumer ou qui sont décédés; il est par ailleurs connu que les nouveaux fumeurs sont surtout des adolescents. Deuxièmement, la fidélité à une marque se développe dès le début de la consommation, presque toujours à l'adolescence. Troisièmement, l'abandon d'une marque pour une autre est un phénomène très rare chez les fumeurs. Ces contre-arguments montrent que le but du marketing est bien de promouvoir l'adoption du tabagisme et non pas le changement de marque. Par ailleurs, les documents internes de l'industrie du tabac ont fourni de nombreux exemples de produits et de campagnes conçus spécialement pour les enfants<sup>(7)</sup>. Au cours des années 1980, aux États-Unis, la campagne *Joe Camel* a fait appel à un personnage de bandes dessinées pour commercialiser une marque de cigarette. La bande dessinée *Old Joe* et la marque de cigarette du même nom ont également suscité un vif intérêt chez les enfants. Les cigaretteurs ont même envisagé de commercialiser des cigarettes édulcorées à l'intention des enfants<sup>(7)</sup>.

À maintes reprises, l'industrie du tabac a investi dans des études sur l'usage du tabac chez les jeunes et sur les besoins psychologiques des enfants<sup>(178)</sup>. L'industrie a par exemple inventé le terme « génération Y » pour décrire le groupe des 13 à 19 ans. Dans leurs études sur ce groupe d'âge, les cigaretteurs affirment que la génération Y fait face à des problèmes sociaux sans précédents qui préoccupent bien davantage les jeunes que l'aspect négatif de l'usage de la cigarette. Ils vont jusqu'à en déduire que l'incidence accrue des problèmes sociaux chez les jeunes expliquerait en partie l'augmentation du tabagisme parmi cette population. Dans un document de 1997, les fabricants des produits du tabac prévoyaient même « une augmentation de 28 % du nombre de fumeurs débutants au cours des 15 prochaines années »<sup>(178)</sup>. Les cigaretteurs ont également étudié les raisons de l'usage du tabac chez les jeunes, même chez des enfants âgés de 10 ans seulement. Dans cette étude, on a classé les motivations selon les catégories suivantes : 1- expérimentation; 2- désir de normalité; 3- recherche de l'estime de soi; 4- besoin d'acceptation; 5- moyen d'atténuer le stress et 6- esprit de rébellion<sup>(178)</sup>.

#### **4.1.3 Efficacité du marketing du tabac chez les jeunes**

Les répercussions du marketing des produits du tabac chez les jeunes ont été étudiées de façon approfondie pendant la dernière décennie<sup>(7)</sup>. Il subsiste désormais peu de doutes que les jeunes sont influencés par la publicité sur les produits du tabac<sup>(29)</sup>. Selon Pollay, Siddarth et coll. (1996)<sup>(182)</sup>, les adolescents seraient trois fois plus sensibles à la publicité que les adultes. Des études américaines ont en effet démontré que les marques les plus annoncées sont les plus populaires chez les adolescents. Les études ont aussi révélé que les magazines populaires destinés à la jeunesse contenaient relativement plus de publicités sur les produits du tabac et que les élèves sensibles au marketing des produits du tabac étaient plus susceptibles de fumer<sup>(29)</sup>.

Aux États-Unis, les jeunes sont exposés couramment à la publicité et à la promotion des produits du tabac. Les conséquences de ce marketing sur l'usage du tabac par les jeunes sont de plus en plus documentés<sup>(29)</sup>. D'après des études de corrélation, il existe une relation très étroite entre le marketing des produits du tabac et la consommation de cigarettes par personne. Ainsi les taux de

tabagisme chez les jeunes filles de moins de 18 ans ont augmenté au moment des vastes campagnes conçues pour le public féminin. De même, pendant la campagne publicitaire *Joe Camel*, la part de marché des cigarettes de marque Camel chez les jeunes de moins de 18 ans est passée de 0,5 % à 32,8 %<sup>(29)</sup>. Dans des études transversales, l'aptitude à reconnaître les annonces de cigarettes et le fait de trouver que les annonces étaient attrayantes ont été reliés au taux de tabagisme et à l'intention de fumer plus tard. De nombreuses études longitudinales apportent des preuves convaincantes de cette relation<sup>(29)</sup>. Selon une étude menée en Californie, les sujets adolescents qui possédaient un article promotionnel de la cigarette ou qui avaient une annonce de cigarette favorite étaient plus susceptibles de commencer à fumer au cours des trois années suivantes<sup>(183)</sup>. Une étude effectuée au Massachusetts a également montré que les jeunes exposés aux annonces dans les magazines étaient plus susceptibles de fumer des cigarettes de ces marques quatre ans plus tard<sup>(184)</sup>.

Le poids de ces preuves a convaincu plusieurs groupes comme le US Surgeon General, l'Institute of Medicine et la Food and Drug Administration (FDA), que la publicité et la promotion des produits du tabac amènent les jeunes à commencer à fumer<sup>(29)</sup>.

#### 4.1.4 Budget alloué au marketing des produits du tabac au Canada

L'ampleur des ressources consacrées au marketing des produits du tabac au Canada doit aussi nous préoccuper. Les enquêtes sur le marketing effectuées par AC Nielson à la demande de Santé Canada, sont la principale source de données sur les dépenses publicitaires des compagnies de tabac<sup>(179)</sup>. Depuis 1990, les dépenses en publicité des produits du tabac ont connu une croissance soutenue. On estime que les fabricants consacraient moins de cinq millions de dollars à cette fin en 1991, et qu'en 1998, leurs dépenses excédaient 30 millions par année. Les investissements sous forme de commandite ont commencé dans les années 1990 et ils ont atteint un sommet en 1998, à plus de 25 millions. La commandite que l'on voit à la télévision ou que l'on entend à la radio, seulement, a coûté plus de 4,5 millions en 1997<sup>(179)</sup>. D'après l'Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes, 63 % des jeunes de 10 à 19 ans qui avaient vu des annonces de produits du tabac les avaient vues à la télévision<sup>(179)</sup>.

Les cigarettiers ont également consacré des sommes importantes au commerce de détail<sup>(180)</sup>. En 1996, le Conseil canadien des fabricants des produits du tabac a déclaré avoir dépensé 60 millions en promotions chez les détaillants, y compris des paiements aux détaillants (en moyenne 1 500 \$ par année, par détaillant), des affiches à l'intérieur et à l'extérieur des commerces, des présentoirs, de grandes annonces, et des cadeaux promotionnels (par exemple des tasses). D'après les enquêtes de marketing effectuées par AC Nielson, 37 % des détaillants canadiens participent à la promotion des produits du tabac, et c'est au Québec que cette proportion est la plus élevée (60 %)<sup>(180)</sup>. Fait encore plus préoccupant, les annonces chez les détaillants sont placées dans des endroits bien à la vue des enfants. En effet, d'après des données de l'Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes, 47 % des enfants âgés de 13 à 14 ans se rappelaient avoir vu des annonces de cigarettes dans les magasins<sup>(180)</sup>.

De plus, les dépenses par personne consacrées à la publicité et à la promotion des produits du tabac sont plus élevées au Québec que partout ailleurs dans les provinces canadiennes<sup>(179)</sup>. En 1995, par exemple, environ 3,8 millions ont été consacrés à la publicité et à la promotion au Québec, ce qui correspond à 29,6 % des dépenses à l'échelle nationale. En 1998, cette somme était passée à 12,9 millions, soit 40 % des dépenses nationales totales. Bien que l'on note une

réduction de ces dépenses depuis 1999, une proportion importante de celles-ci sont encore réalisées au Québec (49,7 % en 1999)<sup>(179)</sup>.

## 4.2 CONTREMARKETING DES PRODUITS DU TABAC

Le contremarketing constitue une des composantes essentielles du programme écologique de contrôle du tabagisme recommandé par les CDC des États-Unis dans les *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*<sup>(6)</sup>. Il joue un rôle vital pour contrecarrer la publicité et les activités de promotion de l'industrie du tabac.

Les CDC des États-Unis définissent le contremarketing des produits du tabac comme « l'utilisation des tactiques du marketing commercial pour réduire la prévalence de l'usage du tabac »<sup>(185,p.12)</sup>. Dans un programme complet de contremarketing des produits du tabac, plusieurs tactiques ou éléments de contremarketing peuvent être utilisés<sup>25</sup>. La publicité, les relations publiques, le plaidoyer par les médias (*media advocacy*), le marketing populaire (*grassroots marketing*) et l'alphabétisation appliquée aux médias (*media literacy*), représentent cinq éléments de contremarketing que nous résumons sommairement à l'annexe 10<sup>(185)26</sup>. Il est à noter que plusieurs appellations sont utilisées pour désigner la publicité qui vise à réduire la consommation d'un produit ou l'utilisation d'un service soit la publicité de dissuasion, le démarketing ou la contre-publicité<sup>(186,187)</sup>. Les approches de contremarketing sont choisies en fonction des objectifs poursuivis par le programme écologique de contrôle du tabagisme, du public cible visé, des ressources disponibles et de l'expérience des diverses organisations de santé publique impliqués dans la mise en œuvre du programme.

Les canaux de transmission des messages qui seront le plus susceptibles de rejoindre le public cible doivent être également identifiés. Plusieurs canaux peuvent être choisis. Les différents canaux de transmission des messages peuvent être classés dans les quatre catégories suivantes : 1) les canaux interpersonnels; 2) les canaux communautaires et organisationnels; 3) les canaux des médias de masse et 4) les canaux de diffusion des médias interactifs. Une description sommaire de ces différents canaux se trouve à l'annexe 11<sup>27(185)</sup>.

Pour rejoindre les jeunes, la publicité et les médias de masse constituent des outils particulièrement utiles. En effet, les jeunes s'intéressent aux médias et y sont fortement exposés<sup>(17)</sup>. Par ailleurs, compte tenu de la possibilité de s'adresser à un très vaste auditoire, cette stratégie est relativement peu coûteuse<sup>(188)</sup>. Enfin, les médias jouant un rôle déterminant dans la définition des normes sociales, leur utilisation judicieuse peut contribuer à modifier l'acceptabilité sociale du tabagisme chez les jeunes favorisant ainsi la prévention du tabagisme juvénile<sup>(29)</sup>.

Dans cette section, nous examinerons d'abord l'efficacité des approches de contremarketing qui utilisent les médias comme canaux de diffusion des messages. Puis nous discuterons de certains aspects pratiques de l'élaboration des campagnes médias.

---

<sup>25</sup> Dans le présent avis, les termes anglais relatifs au contremarketing ont été traduits en se guidant sur le Grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française. Cependant, des traductions n'étaient pas disponibles pour plusieurs termes (par exemple: advocate, media literacy, community advocacy). La plupart des termes traduits nécessiteraient d'être entérinées par des experts francophones de santé publique (par exemple advocacy, stakeholders, etc.).

<sup>26</sup> Pour une présentation détaillée des approches de contremarketing et des canaux de diffusion, on consultera le document *Designing and Implementing an effective Tobacco Counter-Marketing Campaign*, des CDC (2003)<sup>(185)</sup>.

<sup>27</sup> Voir note 26.

### 4.2.1 Efficacité du démarketing<sup>28</sup>

À mesure que sont publiés de nouveaux résultats d'études, il devient de plus en plus clair que le démarketing est efficace pour lutter contre le tabagisme chez les jeunes. Les données proviennent surtout d'études américaines sur des programmes d'intervention communautaire qui incluent des interventions médiatiques. De vastes campagnes menées au niveau des États et du pays, fournissent aussi des informations pertinentes sur l'efficacité du démarketing<sup>(7)</sup>.

#### 4.2.1.1 Le démarketing dans les programmes communautaires et campagnes menées au niveau des États

Plusieurs programmes communautaires et campagnes menés au niveau des États qui incluaient la plupart du temps de la publicité dans les médias, ont été évalués. Malheureusement, les résultats sont souvent difficiles à interpréter parce que la plupart de ces études comportent des lacunes méthodologiques<sup>(189)</sup>.

Plusieurs groupes d'experts ont analysé l'efficacité des campagnes de démarketing à partir des études les plus rigoureuses sur le plan méthodologique. Les synthèses les plus récentes sont celles du groupe *Cochrane Review* en 1998 et du US Task force on Community Preventive Services en 2001. Voici un résumé de leurs conclusions<sup>(8,189)</sup>.

#### Cochrane Review

En 1998, les membres de la *Cochrane Review* ont analysé 63 études sur le rôle des médias dans la prévention du tabagisme chez les jeunes<sup>(189)</sup>. Ces études ont inclus des essais avec groupes témoins ainsi que des études de séries chronologiques chez des sujets âgés de moins de 25 ans. Seulement six études ont été conformes aux critères méthodologiques rigoureux définis par les examinateurs et ont été incluses dans l'analyse<sup>(43,76,190-193)</sup>. Voici les résultats de ces six études.

Dans trois études, l'utilisation des médias a été la seule intervention<sup>(43,190,193)</sup>, alors que les trois autres ont inclus des volets en milieu scolaire<sup>(76,191,192)</sup>. Dans quatre études, on a acheté du temps d'antenne<sup>(43,190,192,193)</sup> pour mieux contrôler le moment de diffusion des messages. Dans la plupart des études, les campagnes d'information ont été fondées sur la théorie de l'apprentissage social, c'est-à-dire qu'elles visaient les motifs incitant au tabagisme et faisaient appel à des modèles de comportements positifs. Les autres stratégies ont eu pour but d'accroître l'estime de soi, d'atténuer les sentiments d'aliénation et de promouvoir l'acquisition d'aptitudes à la prise de décisions<sup>(189)</sup>. La durée du suivi pour évaluer le statut tabagique a beaucoup varié d'une étude à l'autre. En général, les évaluations ont été effectuées au cours des deux années suivant la fin de l'intervention.

De ces six études, deux ont révélé une réduction des taux de tabagisme<sup>(192,193)</sup> : dans l'une, la campagne médiatique a été efficace à elle seule<sup>(193)</sup>; dans l'autre, la campagne médiatique alliée au programme en milieu scolaire a été efficace<sup>(192)</sup>. Dans ces deux études, l'intervention a ciblé des groupes à risque élevé : dans l'une, des filles<sup>(193)</sup>; dans l'autre, des enfants de parents dont les niveaux d'instruction et de revenu étaient faibles<sup>(192)</sup>. Dans les deux cas, l'intervention a été intensive et de longue durée<sup>(192,193)</sup>. À l'opposé, les quatre études n'ayant pas montré d'effets positifs ont porté sur des interventions moins intensives et moins longues. Dans les six études, on

<sup>28</sup> Dans cet avis, l'appellation démarketing est utilisée pour désigner la publicité de dissuasion ou la contre-publicité.

a consacré beaucoup de temps et de ressources à la recherche formative des messages dans les médias.

Les auteurs ont conclu que les médias pouvaient jouer un rôle efficace dans la prévention de l'initiation au tabac chez les jeunes, même si l'analyse de l'ensemble des données ne s'avérait pas concluante<sup>(189)</sup>. Les auteurs ont recommandé que les campagnes d'information futures insèrent les éléments des campagnes qui se sont avérés efficaces. Ils ont aussi suggéré d'intégrer la recherche formative basée sur des échantillons représentatifs de la population cible. La teneur des messages doit être orientée par les théories sur l'acquisition des comportements. Il importe d'utiliser les types de médias appropriés selon les groupes d'âge visés et de veiller à ce que les campagnes soient d'une intensité, d'une fréquence et d'une durée suffisantes<sup>(189)</sup>.

Les caractéristiques des deux campagnes médias qui ont été efficaces ont été examinées en détail par les chercheurs de la *Cochrane Review*. L'étude de Flynn, Worden et coll. (1997) a porté sur une intervention dans la communauté, au niveau des médias et du milieu scolaire, a ciblé des élèves de la 5<sup>e</sup> à la 7<sup>e</sup> année du Vermont et a duré quatre ans<sup>(192)</sup>. Les auteurs de l'étude ont choisi des écoles et des communautés à risque élevé de tabagisme, selon des critères basés sur le niveau d'éducation et le revenu des parents. Dans deux communautés expérimentales, les interventions ont été faites dans les médias et en milieu scolaire. Dans les deux communautés témoins, l'intervention s'est déroulée uniquement en milieu scolaire. La campagne dans les médias a consisté en 36 messages brefs à la télévision et 17 messages brefs à la radio, à l'intention des jeunes âgés de 9 à 17 ans; ces messages payants ont été diffusés aux heures d'écoute des jeunes. Les messages ont été basés sur la théorie de l'apprentissage social et sur d'autres théories de modification des comportements. Au total, chaque année, 540 messages ont été diffusés à la télévision et 350 à la radio pendant quatre ans. Les messages ont été modifiés chaque année pour tenir compte de l'évolution des habitudes d'écoute à mesure que ces jeunes vieillissaient. Deux ans après l'intervention, les taux de tabagisme chez les élèves à risque ont été significativement moins élevés dans le groupe exposé à l'intervention que dans le groupe témoin (risque relatif 0,62; IC à 95 % 0,49-0,78).

La deuxième étude réalisée par Hafstad, Straypedersen et coll. (1997) a été menée en Norvège pour évaluer les effets d'une campagne choc de prévention du tabagisme chez les 14 à 18 ans, plus spécialement chez les filles<sup>(193)</sup>. Le groupe d'intervention et le groupe témoin provenaient de deux communautés appariées. Les messages contenaient des énoncés chocs ayant pour but de provoquer des réactions et de stimuler la discussion. Dans une annonce par exemple, on a dit que les filles fumaient plus que les garçons parce qu'elles étaient incapables de pensée logique. Ces énoncés ont été suivis d'un message sur les effets néfastes du tabagisme sur la santé. Aux fins de cette campagne, on a créé trois annonces destinées aux journaux, une affiche, un message pour la télévision et un pour le cinéma. La campagne a été menée pendant trois semaines, trois années consécutives entre 1992 et 1994. Pendant chaque période de trois semaines, les messages à la télévision et au cinéma ont été diffusés 167 fois, et les messages dans les journaux ont paru dans tous les journaux locaux; les affiches ont été expédiées par la poste à toutes les écoles, aux organismes de jeunes et aux clubs sportifs. Un an après la fin de cette campagne, les taux de tabagisme avaient diminué de façon significative chez les filles du groupe d'intervention, comparativement au groupe témoin (RR 0,74; IC à 95 % 0,64-0,86).

### **Le US Task Force on Community Preventive Services**

En 2001, le groupe de travail américain US Task Force on Community Preventive Services a publié des recommandations fondées sur une analyse approfondie d'études publiées entre les années 1980 et 2000<sup>(8)</sup>. Le groupe de travail a passé en revue les études portant à la fois sur la prévention du tabagisme et sur l'abandon du tabac. Nous présenterons uniquement les études sur la prévention de l'initiation au tabagisme parce que les études sur l'arrêt du tabagisme ont été menées principalement chez les adultes. Le groupe de travail a néanmoins reconnu que les campagnes pour l'abandon du tabac peuvent avoir un effet indirect chez les jeunes<sup>(8)</sup>.

Les membres du groupe d'experts ont recensé 14 études ayant évalué l'efficacité des campagnes médias pour réduire l'usage du tabac chez les adolescents. Deux études ayant été exclues de l'analyse à cause d'un devis d'évaluation inapproprié, il en restait donc 12<sup>(76,159,190-199)</sup>. Soulignons que deux des études dont les résultats ont été favorables ont déjà été présentées dans la section *Cochrane Review*<sup>(192,193)</sup>.

Dans trois études<sup>(197-199)</sup>, les messages diffusés dans les médias à l'intention des jeunes se sont inscrits dans une campagne antitabac plus vaste. Dans huit études, le volet média a visé uniquement les jeunes et cette stratégie a été combinée à des concours<sup>(190,195)</sup>, à de l'information en milieu scolaire<sup>(76,159,191,192,194-199)</sup>, à un programme d'information en milieu communautaire<sup>(159,194,196-199)</sup> et à des augmentations de taxes<sup>(196,198)</sup>. Une seule étude a porté sur une intervention se limitant aux médias<sup>(193)</sup>. Deux études ont duré moins de trois semaines<sup>(76,191)</sup>, trois ont duré moins de deux ans<sup>(190,194,195)</sup> et sept ont duré au moins deux ans<sup>(159,192,193,196-199)</sup>. La plupart des études ont été réalisées aux États-Unis<sup>(76,190-192,194-198)</sup>, une en Norvège<sup>(193)</sup>, et une en Finlande<sup>(199)</sup>. La majorité d'entre elles ont commencé au cours des années 1980, trois durant les années 1990<sup>(159,190,198)</sup> et une dans les années 1970<sup>(199)</sup>. Quatre études ont été menées au niveau des États, une en Floride<sup>(159)</sup>, une au Massachusetts<sup>(198)</sup> et deux au Minnesota<sup>(196,197)</sup>. En général, l'impact a été mesuré parmi des échantillons représentatifs d'adolescents ou d'écoles, principalement des élèves de 6<sup>e</sup> et de 7<sup>e</sup> année. Quatre études ont été menées auprès d'élèves du secondaire (après la 7<sup>e</sup> année)<sup>(159,190,196,197)</sup> et une auprès d'élèves n'ayant pas encore atteint la 6<sup>e</sup> année scolaire<sup>(192)</sup>.

Deux études seulement n'ont pas révélé de différences des taux de tabagisme entre le groupe exposé à l'intervention et le groupe témoin<sup>(76,191)</sup>. Les sept études ayant duré plus de deux ans ont montré les réductions les plus marquées de la prévalence de l'usage du tabac (médiane – 8 % : réduction entre –2,4 % et –11 %) pour un risque relatif allant de 0,49 à 0,74. Les auteurs ont souligné que les messages dans les médias avaient aussi contribué à réduire la consommation de tabac dans la population générale.

L'analyse du US Task Force on Community Preventive Services a conduit aux trois conclusions suivantes :<sup>(8)</sup>

1. Des données scientifiques probantes montrent que les campagnes médiatiques pour réduire l'initiation au tabac chez les jeunes sont efficaces lorsqu'elles sont combinées à d'autres stratégies de prévention de l'usage du tabac.
2. Il est difficile d'évaluer avec exactitude la contribution du volet média.
3. Bien que la conception de messages et les tests de marketing entraînent des coûts, l'obstacle le plus important demeure le coût élevé du temps d'antenne. On peut diminuer certains de ces coûts en achetant et en adaptant les messages publicitaires existants auprès du Media Campaign Resource Center des CDC, aux États-Unis<sup>(6)</sup>.

### **Comparaison des campagnes menées au niveau des États**

Ces dernières années, dans le cadre d'une stratégie écologique de lutte contre le tabagisme, plusieurs États américains ont lancé des campagnes médias diffusées dans tout leur territoire<sup>(200)</sup>. Parce que ces campagnes sont récentes, les données d'évaluation ne sont disponibles que pour quelques États. Friend et Levy (2002)<sup>(200)</sup> ont analysé ces données et en ont tiré les conclusions suivantes.

En Californie et au Massachusetts, les campagnes médias ont visé la population générale. En Californie, la campagne qui a débuté en 1990, a souligné la manipulation de l'information par l'industrie du tabac et les effets néfastes de la fumée secondaire sur la santé. La campagne au Massachusetts a commencé en 1993 et son principal objectif a été la prévention du tabagisme chez les jeunes; bien que touchant les tactiques de l'industrie du tabac, la campagne a porté principalement sur les effets néfastes du tabac sur la santé. Tant en Californie qu'au Massachusetts, on a constaté une réduction des taux de tabagisme dans l'ensemble de la population, mais pas chez les adolescents. Toutefois, alors que les taux de tabagisme chez les jeunes Californiens demeuraient stables, des données indiquent qu'à la même période, le tabagisme chez les jeunes avaient commencé à augmenter partout ailleurs aux États-Unis. Par conséquent, il se pourrait que la campagne médiatique de la Californie ait ralenti le taux de progression du tabagisme chez les jeunes de cet État. Quant au Massachusetts, le tabagisme chez les jeunes a augmenté pendant la campagne, mais le taux d'augmentation a été moins élevé que dans d'autres États américains<sup>(200)</sup>.

En Floride, le programme de contrôle du tabagisme s'est distingué de celui des autres États parce qu'il n'a ciblé que les jeunes pendant ses deux premières années d'application, de 1998 à 2000. Durant cette période, la campagne médiatique a incité les jeunes à réagir contre l'industrie du tabac<sup>(201,202)</sup>. Le message de la campagne a été le suivant « *Their brand is lies. Our brand is truth* » (Traduction libre : Leur marque est synonyme de mensonges. Notre marque dit la vérité). Les messages ont porté principalement sur les pratiques et les stratégies utilisées par les fabricants des produits du tabac pour promouvoir un produit qu'ils savent nocif. Les autres volets du programme ont inclus des projets d'éducation et de formation, l'application plus sévère des lois sur l'accès au tabac pour les jeunes et la recherche et l'évaluation. Bon nombre des volets de ce programme ont été conçus en tenant compte des commentaires des jeunes. La Floride est le seul État où l'on a observé un déclin de l'usage du tabac chez les jeunes<sup>(159)</sup>. Entre 1998 et le début de 2000, l'usage de la cigarette a diminué de 54 % chez les élèves des dernières années du primaire et de 24 % chez les élèves du secondaire. Ce déclin a été observé tant chez les filles que chez les garçons, sans égard à la race ni au groupe ethnique. Il est le plus important jamais observé aux États-Unis depuis 1980<sup>(29)</sup>. En outre, il survient dans un contexte où il n'y a pas eu d'augmentation des taxes d'accises. Cependant, le programme a bénéficié d'un financement d'un peu plus de 150 millions de dollars canadiens sur deux ans<sup>(203)</sup>.

Il convient de souligner que pendant les campagnes médias, la plupart des États ont vu les fonds consacrés à la prévention du tabagisme détournés vers d'autres fins<sup>(29)</sup>. Les fabricants des produits du tabac ont joué un rôle de premier plan dans ce détournement, surtout en Floride et en Californie, des États où les tactiques de l'industrie sont au cœur des campagnes médias. En Arizona, la campagne qui visait les jeunes n'a jamais pu être lancée avec succès à cause de l'ingérence des compagnies de tabac<sup>(200)</sup>. Au Massachusetts, où l'aspect manipulateur de l'industrie n'est pas souligné avec autant de vigueur, les cigarettiers ont été moins agressifs<sup>(91)</sup>. La réaction spectaculaire de l'industrie du tabac est une preuve que les fabricants croient en l'efficacité de ces campagnes pour réduire les taux de tabagisme chez les jeunes.

Friend et Levy (2002) ont conclu que des campagnes médiatiques au niveau des États, adéquatement financées et mises en oeuvre, intégrées dans des programmes écologiques de lutte antitabac, réduisent les taux du tabagisme à la fois chez les adultes et chez les jeunes (200).

### **Recommandations d'autres organismes**

Plusieurs autres chercheurs et groupes de travail préconisent aussi de combiner les campagnes médias à d'autres interventions pour réduire l'initiation au tabagisme chez les jeunes. En fait, l'évolution des recommandations au fil du temps témoigne du rôle de plus en plus important de cette stratégie dans la prévention du tabac. Ainsi, en 1994, l'Institute of Medicine a recommandé d'organiser des campagnes publicitaires antitabac pour contrecarrer l'attrait des images véhiculées par les messages des fabricants des produits du tabac<sup>(35)</sup>. En 1999, les CDC dans ses *Best Practices* ont précisé le financement à octroyer aux campagnes de contremarketing au niveau des États<sup>(6)</sup>. En 2000, le Surgeon General des États-Unis a déclaré que les résultats initiaux des campagnes au niveau des États, particulièrement en Californie et au Massachusetts, étaient favorables puisqu'ils révélaient un ralentissement de l'initiation au tabac chez les jeunes<sup>(7)</sup>. L'analyse récente des programmes de Californie, du Massachusetts, de l'Oregon et de la Floride effectuée par Siegel en 2002, a amené ce dernier à conclure que les campagnes médiatiques devaient être au cœur des programmes écologiques de contrôle du tabagisme<sup>(204)</sup>.

#### **4.2.1.2 Campagnes nationales**

À l'opposé des programmes communautaires et des campagnes au niveau des États, il existe moins de données sur l'efficacité des campagnes nationales. Quelques campagnes ont néanmoins été évaluées aux États-Unis, la campagne la plus célèbre étant la campagne *Fairness Doctrine* (Traduction libre: Doctrine d'équité) menée à la fin des années 1960<sup>(7)</sup>.

Peu de temps après la publication du rapport du Surgeon General des États-Unis sur les effets de l'usage du tabac, est né le mouvement *Fairness Doctrine*<sup>(7)</sup>. Cette initiative remonte à 1966, lorsque la Federal Communications Commission (É.-U) a obligé les diffuseurs à allouer gratuitement du temps d'antenne à la publicité antitabac à la télévision et à la radio. De 1967 à 1970, on a donc diffusé une annonce antitabac pour trois annonces publicitaires de cigarettes, et ce à l'échelle nationale, souvent aux heures de grande écoute. Cette campagne a pris fin en 1971 après que toutes les formes de publicité sur la cigarette sur les ondes aient été interdites, y compris la campagne *Fairness Doctrine*. Cette expérience est unique parce qu'elle constitue le seul exemple d'une campagne de publicité antitabac intensive, de longue durée et menée à l'échelle nationale. Cette campagne a été un grand succès. L'usage de la cigarette a diminué à la fois chez les jeunes et chez les adultes; la prévalence du tabagisme chez les jeunes a chuté de 3,4 points de pourcentage au total<sup>(7)</sup>.

Aux États-Unis, la Food and Drug Administration (FDA) a également lancé une campagne nationale en 1998 pour convaincre les détaillants de se conformer aux règlements de la FDA interdisant la vente de tabac aux mineurs<sup>(7)</sup>. Les messages ont été diffusés à la radio, dans les journaux, sur des panneaux-réclame, des affiches et des enseignes commerciales. On a utilisé l'humour pour atténuer le malaise qu'éprouvent les commis au moment de demander une preuve d'identité aux jeunes clients. Les résultats des enquêtes chez les détaillants ont montré que l'accès des mineurs aux cigarettes avait diminué (le nombre moyen de tentatives d'achat par des mineurs est passé de 3,4 à 2,8 fois par jour sur les lieux d'interventions)<sup>(7)</sup>. Les campagnes visant à empêcher l'accès au tabac dans les commerces de détail soulève cependant la controverse.

En effet, bien qu'on admette que ces campagnes contribuent à changer les normes sociales, elles ne provoqueraient chez les jeunes qu'un déplacement vers d'autres sources d'approvisionnement<sup>(205)</sup>.

#### 4.2.1.3 Autres stratégies médiatiques

##### **Plaidoyer par les médias (Media Advocacy)**

Le plaidoyer par les médias (*media advocacy*) fait référence à l'emploi stratégique des médias et de l'influence de la communauté (*community advocacy*) pour faire progresser une cause sociale ou un projet de politique publique<sup>(185)</sup>. Cette stratégie a pour but d'influencer l'opinion publique et les décideurs pour que soit instaurée une politique publique en faveur de la dénormalisation du tabac. Dans plusieurs documents publiés depuis 1985, on décrit des stratégies faisant appel aux médias pour lutter contre le tabagisme<sup>(206,207)</sup>. Contrairement aux campagnes média classiques, qui sont soigneusement planifiées, le plaidoyer par les médias requiert l'accès rapide aux médias d'information pour influencer le contenu des nouvelles. Cette stratégie exige du temps, des habiletés en relations publiques et une bonne compréhension des médias d'information. Il faut notamment développer des liens et fournir du matériel aux journalistes et éditeurs locaux régionaux ou nationaux afin que ces derniers se rallient aux préoccupations de santé publique. Maîtriser cette stratégie s'avère important puisque les informations véhiculées dans les médias peuvent être perçues favorablement par le public<sup>(7)</sup>.

Il est difficile d'évaluer l'efficacité du plaidoyer par les médias sur le plan de la réduction du tabagisme, particulièrement chez les jeunes<sup>(7)</sup>. Certaines données montrent que le marketing de certaines marques de cigarettes a pris fin à la suite de campagnes de pression auprès des médias<sup>(7)</sup>. Même si l'on a établi une relation entre la couverture des médias d'information et l'abandon du tabac, l'effet sur la prévention de l'initiation au tabac n'est pas aussi évident<sup>(208)</sup>. On croit qu'apprendre aux jeunes comment exercer des pressions par l'intermédiaire des médias pourrait constituer un type d'activités plus important dans les programmes de lutte contre le tabagisme. En Floride, par exemple, les groupes de lutte antitabac chez les jeunes appelé *Students Working Against Tobacco* (SWAT) ont reçu une formation sur les relations avec les médias et sur l'influence qu'ils peuvent avoir par ce moyen; un des objectifs de cette formation a été de dénormaliser l'usage du tabac dans l'industrie du divertissement à Hollywood<sup>(202)</sup>. Au Québec, la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac et l'Association pour les droits des non-fumeurs ont acquis une grande expérience dans le plaidoyer par les médias.

##### **Médias de divertissement**

L'usage croissant des produits du tabac dans les films est un puissant incitatif au tabagisme chez les adolescents<sup>(209)</sup>. Les jeunes se rappellent les films où les personnages fument et ils reconnaissent les acteurs ou les actrices qui fument dans leurs rôles<sup>(210)</sup>. En 1999, Pechmann et Shih ont montré qu'une publicité antitabac de 30 secondes diffusée avant le film très populaire *Reality Bites* avait sensibilisé les adolescents au message omniprésent en faveur du tabac dans le film<sup>(211)</sup>. Cependant, l'impact de cette stratégie sur l'usage du tabac n'a pas été évalué. Les auteurs ont conclu que le démarketing dans les cinémas est un moyen très rentable d'atteindre les adolescents.

### 4.2.2 Caractéristiques des campagnes médiatiques

Même si les experts recommandent l'utilisation de campagnes médiatiques comme une des stratégies pour prévenir l'usage du tabac chez les jeunes, les opinions ne concordent pas quant aux groupes à cibler, aux messages à transmettre, ni aux stratégies de marketing à utiliser<sup>(7)</sup>.

#### 4.2.2.1 Choisir le public cible

Le public cible des campagnes médiatiques devrait être choisi en fonction des objectifs poursuivis par le programme de contremarketing qui à son tour suit les orientations et les priorités établies dans le programme écologique de contrôle du tabagisme. Une campagne de démarketing peut cibler un ou plusieurs grands publics (par exemple, les adolescents, les jeunes adultes et les adultes). À l'intérieur de ces publics, il peut également identifier un ou des auditoires plus spécifiques, c'est-à-dire des groupes d'individus qui partagent des caractéristiques communes et qui peuvent être particulièrement affectés par le tabagisme. Des groupes ethniques, des groupes de statut socio-économique faible ou des travailleurs de la restauration constituent autant d'exemples de groupes plus spécifiques. Dans tous les cas, une bonne compréhension des populations visées (styles de vie, attitudes, environnement, culture, connaissances, croyances et comportements) est nécessaire. De plus, les messages, le langage, et les autres aspects des interventions de démarketing doivent être testés auprès des publics choisis pour s'assurer qu'ils sont appropriés et efficaces<sup>(185)</sup>.

Depuis plusieurs années, le ciblage des campagnes médiatiques fait l'objet d'une controverse parmi les experts du domaine du contrôle du tabagisme<sup>(7,29,213)</sup>. En effet, bien que tous s'entendent sur le besoin de réduire le tabagisme chez les jeunes, les points de vue divergent sur l'efficacité des messages de prévention qui ne ciblent que les jeunes. Ainsi, un certain nombre d'experts croient que l'emphase des programmes de contrôle du tabagisme devrait porter sur la prévention chez les jeunes parce que la grande majorité des adultes qui fument ont commencé avant l'âge de 18 ans. D'autres experts croient au contraire que cibler les jeunes avec des messages de prévention en excluant les messages sur la cessation et sur la fumée de tabac dans l'environnement s'adressant aux adultes, détournent des ressources importantes de la vraie bataille pour réduire et dénormaliser l'usage du tabac en plus de transmettre un message de fruit défendu aux jeunes.

Selon les CDC<sup>(213)</sup>, les programmes qui possèdent les ressources pour développer des messages spécifiques pour les jeunes en plus de ceux visant la population générale, peuvent atteindre une plus grande efficacité et réduire l'initiation. À la lumière d'une recension d'écrits sur les campagnes d'éducation à multi facettes, Worden (dans Cummings et Clarke, 1998<sup>(214,p.414)</sup>) conclut que réduire la demande de tabac chez les jeunes requiert une combinaison de messages directs (aux jeunes) et indirects (aux adultes) et une segmentation minutieuse du public.

En ce qui concerne les jeunes, Schar et Gutierrez (2004)<sup>(213)</sup> indiquent qu'il peut être plus efficace de développer plusieurs messages en fonction de la susceptibilité des jeunes de fumer. En effet, les plus enclins à fumer apparaissent être les plus résistants aux messages de dissuasion du tabagisme alors que les moins disposés à fumer sont plus susceptibles de résister au tabac en étant exposé à ces messages, ce qui représente une opportunité plus grande d'obtenir des résultats positifs. Les programmes ont montré que plus les jeunes s'approchent de la fin de l'adolescence, moins ils sont sensibles aux messages.

#### 4.2.2.2 Choisir les messages

Jusqu'à maintenant les campagnes médiatiques ont touché une variété de thèmes concernant le tabagisme. Les messages ont porté sur les effets du tabagisme sur la santé, sur l'apparence esthétique et sur les conséquences sociales, sur le phénomène de la dépendance, sur la divulgation des composantes chimiques des produits du tabac, sur la cessation tabagique, sur la fumée secondaire du tabac, sur la norme sociale, sur la manipulation de l'industrie, sur le repositionnement du statut de non-fumeur (comme comportement à la mode adopté par les jeunes), sur l'association du non tabagisme à une célébrité, un héros ou un autre modèle, sur des jeunes prenant position contre l'industrie du tabac, sur les habilités à refuser et enfin sur le choix individuel que les jeunes font de ne pas fumer<sup>(185)</sup>.

Beaucoup de campagnes d'information dans les médias ont été axées sur le changement de comportement des fumeurs adultes et, par conséquent, ont porté sur l'abandon du tabac. De nombreuses campagnes ont également touché la fumée de tabac dans l'environnement pour soutenir la mise en place de politique en faveur d'environnements sans fumée. Aujourd'hui, la prévention du tabagisme chez les jeunes occupe une place plus importante dans les médias<sup>(7,185)</sup>.

Les données scientifiques actuelles ne permettent pas de déterminer le choix des messages de façon définitive pour les campagnes de démarketing du tabac chez les jeunes<sup>(7)</sup>. Néanmoins, plusieurs articles récents proposent des lignes directrices et des recommandations sur le contenu et le ton des messages ainsi que sur leur présentation.

#### **Critères basés sur les opinions d'experts**

Aux États-Unis, les CDC ont consulté un groupe d'experts en marketing destiné aux jeunes pour obtenir des conseils sur des stratégies efficaces de démarketing<sup>(212)</sup>. Nous décrivons ci-après les principales recommandations pour ce type de campagne<sup>(7)</sup>. Il faudra mener d'autres études pour mieux cerner les besoins de chaque communauté.

- ▶ Le critère le plus important indique que ces campagnes doivent être généralisées, fréquentes et d'une durée suffisante.
- ▶ Cibler les jeunes pendant les stades critiques de leur développement social.
- ▶ Éviter que les messages destinés aux adultes contredisent ceux qui ciblent les jeunes, puisque les deux groupes seront exposés à l'ensemble des messages.
- ▶ Bien que la plupart des adolescents surestiment le nombre de leurs pairs qui fument, les campagnes ne devraient pas chercher à corriger cette perception et à souligner que les jeunes qui fument représentent un « problème ».
- ▶ Présenter des styles de vie sans fumée, de manière réaliste, en faisant appel à des modèles de comportement intéressants et populaires.
- ▶ Proposer des solutions de rechange à l'usage du tabac (ex.: la pratique des sports).
- ▶ Expliquer les risques du tabac pour la santé en tenant compte du « sentiment d'immortalité » chez le jeune. Décrire des dangers précis serait plus efficace.
- ▶ Promouvoir la prise en charge et le contrôle de soi.
- ▶ Choisir des thèmes variés (stratégies manipulatrices de l'industrie du tabac, effets de la fumée secondaire, perception que les fumeurs ont été leurrés...) en jouant sur divers registres (peur, humour, satire, témoignages) en employant des styles différents.

- ▶ Employer toute la gamme des canaux de diffusion (télévision, radio, presse, panneaux réclame).
- ▶ Éviter d'être moralisateur et autoritaire.
- ▶ Faire appel aux parents et aux familles.
- ▶ Utiliser les médias locaux, les commandites d'événements et d'autres activités communautaires pour diffuser les messages.

### **Critères basés sur l'efficacité des campagnes de démarketing ciblant les jeunes**

Pour mieux comprendre quelles caractéristiques des campagnes médiatiques semblent fonctionner le mieux pour prévenir le tabagisme chez les jeunes, des experts des CDC ont fait très récemment, une analyse détaillée de l'ensemble des campagnes qui disposaient de résultats d'évaluation<sup>(213)</sup>. Cette analyse a porté sur les campagnes médiatiques de huit pays (Australie, Canada, Angleterre, Finlande, Hollande, Pologne, Écosse et États-Unis) et de 10 États américains (Arizona, Californie, Floride, Massachusetts, Minnesota, Mississippi, Montana, Texas, Utah et Vermont). Les experts ont fourni des conclusions sur les caractéristiques générales des campagnes qui ont du succès auprès des jeunes et sur le contenu, le ton et la présentation des messages. Le sommaire de ces conclusions est rapporté ci-après.

Les preuves accumulées indiquent que les campagnes médiatiques de prévention de l'usage du tabac qui sont efficaces chez les jeunes<sup>(213)</sup> :

- ▶ S'insèrent dans une stratégie plus large qui cherche à dénormaliser le tabagisme, à changer l'approbation de l'usage du tabac dans l'environnement où les jeunes grandissent.
- ▶ Présentent plusieurs façons de réaliser et de diffuser des messages pour attirer et influencer continuellement les jeunes, à différentes phases de susceptibilité au tabagisme;
- ▶ Introduisent des informations nouvelles et convaincantes sur les risques à la santé, sur les pratiques de l'industrie du tabac auprès des fumeurs et des non fumeurs, sur l'approbation et la désapprobation sociale et sur les habiletés à refuser;
- ▶ Utilisent un ton, un langage et une présentation que les jeunes trouvent attirants et non-autoritaires;
- ▶ Fournissent les ressources et les informations utiles sur les manières d'éviter ou d'abandonner le tabagisme par le biais des programmes scolaires et communautaires;
- ▶ Maintiennent une forte présence médiatique pour des périodes de temps prolongées afin de motiver continuellement les individus à ne pas commencer à fumer, à cesser de fumer et à demeurer non-fumeur.

Selon Schar et Gutierrez (2004)<sup>(213)</sup>, pour sensibiliser le public cible, une campagne médiatique doit avoir une durée d'au moins 6 à 12 mois. Pour obtenir un impact sur les croyances et les attitudes, la durée doit être au minimum de 12 à 18 mois. Enfin, pour observer un impact sur le comportement, la campagne médiatique doit durer au moins 18 à 24 mois.

Sur la base des résultats d'études disponibles, les experts des CDC<sup>(213)</sup> distinguent, au niveau du contenu, trois catégories de messages :

1. Les messages qui apparaissent exercer le plus d'influence auprès des jeunes :
  - › Présentation visuelle réaliste des effets du tabagisme sur la santé;
  - › Histoires crédibles, suscitant l'émotion sur la perte personnelle d'un membre de la famille à cause de maladies reliées au tabagisme;
  - › Présentation des pratiques trompeuses et cupides de l'industrie du tabac. Les messages qui utilisent la rébellion naturelle des jeunes contre l'industrie :
    - Ces messages demandent une préparation et une démarche d'éducation plus complète pour que les jeunes les comprennent bien,
    - Ces messages peuvent être plus marquants lorsque les pratiques de l'industrie sont reliées à une description frappante de la façon dont le tabac cause du tort ou tue ces utilisateurs (effets sur la santé);
  - › Approbation / désapprobation sociale et habilités à refuser :
    - Ces messages montrent les aspects positifs à ne pas fumer, présentent un point de vue négatif du tabagisme et en présentent les conséquences sociales négatives. Ils favorisent la dénormalisation en faisant prendre conscience que la plupart des adolescent ne fument pas et en montrant des façons de refuser les offres de cigarettes.
2. Les messages qui peuvent être efficaces mais dont les résultats de recherche sont limités :
  - › Fumée secondaire de tabac :
    - Ces messages informent les jeunes des dangers potentiels de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement et des conséquences sociales négatives dues à la désapprobation des non fumeurs,
    - Les données portant sur ce contenu sont prometteuses mais limitées en raison d'une utilisation peu fréquente de ce thème dans les campagnes médiatiques ciblant les jeunes et parce que ce contenu est souvent inséré dans une campagne dont les **résultats sont attribués à la combinaison de plusieurs messages**;
  - › Effets cosmétiques à court terme - montrant les effets indésirables ou peu attrayants du tabagisme sur l'apparence des jeunes :
    - Les données disponibles indiquent que ces messages peuvent ne pas être aussi convaincants que les effets sur la santé, les pratiques trompeuses de l'industrie ou la désapprobation sociale / les habilités à refuser,
    - Les experts questionnent la pertinence de ce thème parce que les jeunes interrogés dans des groupes de discussion mentionnent régulièrement qu'ils peuvent régler eux-mêmes ce problème en se parfumant, en suçant des menthes ou en trouvant d'autres moyens<sup>(185)</sup>;
  - › Dépendance – aidant les jeunes à comprendre à quel point le tabac crée une forte dépendance et à quel point ce piège peut amener un individu à fumer longtemps :
    - Les campagnes passées ont démontré que ce thème était difficile à communiquer efficacement,
    - Les experts croient que les messages qui insistent sur la puissance de la nicotine à rendre dépendant peuvent décourager les fumeurs d'abandonner le tabac. De plus, des

groupes de discussion auprès des jeunes ont montré que bon nombre d'entre eux ne comprenaient pas ce que signifie être dépendant. C'est pourquoi, les messages sur la dépendance sont mieux utilisés lorsque insérés comme complément d'information dans un autre message. Par exemple, le phénomène de dépendance peut être mentionné dans les messages sur le manipulation des compagnies de tabac pour souligner comment les compagnies recrutent les consommateurs « pour la vie »<sup>(185)</sup>;

- › Performance athlétique – enseignant aux jeunes l'impact du tabagisme sur la performance athlétique :
  - Les données de recherche indiquent que ce thème peut ne pas avoir autant d'impact que les effets sur la santé et les pratiques trompeuses de l'industrie.

### 3. Les messages qui apparaissent être les moins efficaces :

- › Choix individuel – mettant l'accent sur le fait que les jeunes ont le choix de ne pas fumer et qu'il peut être « cool » de ne pas fumer :
  - Les données disponibles indiquent que donner aux jeunes le choix de fumer ou pas sans leur fournir des raisons convaincantes de ne pas fumer (telles que les effets sur la santé ou les pratiques trompeuses de l'industrie) ne constitue pas une stratégie efficace pour prévenir l'usage du tabac chez les jeunes.

La présentation et le ton des messages s'avèrent des éléments tout aussi importants que le contenu pour assurer l'efficacité des messages auprès des jeunes. Les experts des CDC<sup>(213)</sup> émettent les conclusions préliminaires suivantes concernant ces aspects :

- ▶ Le contenu du message et les images ont besoin d'être crédibles et de demeurer crédibles pour les jeunes.
- ▶ Les témoignages semblent fournir de la crédibilité si on utilise des histoires convaincantes sur le tabagisme qui confrontent les jeunes de manière à ce qu'il leur soit difficile de les ignorer. Les témoignages ne disent pas aux jeunes (ou aux adultes) quoi faire. Les témoins racontent simplement des histoires vraisemblables à propos de gens dont les vies ont été affectées négativement par le tabac permettant ainsi au public de tirer lui-même ses propres conclusions. Dans certains cas, les publicités incluent des références à des lignes téléphoniques d'aide à l'abandon mais elles évitent généralement de dire aux téléspectateurs de cesser de fumer ou quoique ce soit au sujet de ce qu'ils devraient faire.
- ▶ La présentation de faits peut contribuer à l'efficacité du message. Fournir de l'information et des images crédibles mais pas de conseils semblent permettre aux jeunes d'analyser eux-mêmes l'information et de prendre leurs propres décisions en évitant qu'ils se rebellent contre la source du message.
- ▶ L'utilisation des célébrités ou d'autres héros pour influencer les jeunes à ne pas fumer peut être un défi; des porte-parole célèbres peuvent parfois compromettre la communication. L'utilisation la plus efficace des célébrités survient quand ces personnes ont une histoire à raconter sur ce que le tabac leur a coûté à eux personnellement ou à des membres de leur famille.
- ▶ Les messages efficaces présentent l'information de manière à ce qu'elle ne soit pas perçue comme moralisatrice, autoritaire ou directive. Les publicités qui utilisent des approches crédibles, informatives, réalistes ou qui suscitent des émotions semblent être les plus efficaces.

- L'utilisation de l'humour est risquée. L'expérience avec les jeunes indique que l'utilisation de l'humour peut aider à attirer leur attention mais l'humour n'a pas été démontré efficace pour persuader les jeunes de ne pas fumer. Les enquêtes auprès des jeunes indiquent de façon répétée que les publicités sérieuses et chargées d'émotions les convainquent davantage. Cependant, il pourrait y avoir une exception : le sarcasme et le cynisme peuvent être efficaces dans certains cas mais des recherches additionnelles sont nécessaires pour confirmer ces premiers résultats.

### **Critères basés sur le rapport coût-efficacité**

En 2000, une étude du rapport coût-efficacité a été réalisée pour faciliter la planification de campagnes de publicité antitabac<sup>(215)</sup>. Les chercheurs ont examiné les campagnes dans cinq États (Californie, Massachusetts, Floride, Minnesota, Arizona), l'étude en milieu communautaire réalisée au Vermont par Flynn et coll., ainsi qu'un projet de Santé Canada. Les dépenses de publicité par habitant, par an, variaient de 0,32 \$ (Vermont) à 2,35 \$ (Arizona); elles étaient de 0,46 \$ en Californie, de 0,47 \$ au Canada, de 0,51 \$ au Minnesota, de 1,20 \$ en Floride et de 2,16 \$ au Massachusetts. On peut comparer ces coûts aux dépenses par personne de l'industrie du tabac (7 \$), aux dépenses pendant la période de la doctrine d'équité (*Fairness Doctrine*) (1,12 \$) et aux dépenses recommandées par les CDC (3,00 \$)<sup>(215)</sup>.

Les chercheurs ont ensuite évalué les campagnes de publicité selon leur conformité à cinq critères importants du point de vue coût-efficacité. Trois critères ont été reliés au message (contenu, cohérence et clarté) et deux à la transmission du message (âge du porte-parole et représentation de l'usage du tabac)<sup>(215)</sup> :

- Le contenu du message portait sur l'un des sept thèmes : fumée secondaire, fausse image d'un produit létal, fumeur perçu comme un modèle de comportement négatif, capacité de refuser, effets immédiats et tardifs sur la santé, stratégies de marketing du tabac; les quatre premiers thèmes étaient les plus importants quant à l'efficacité du message.
- La cohérence du message reposait sur l'utilisation d'un seul thème, accompagné de variations sur ce thème. Dans l'univers de la publicité, il est reconnu que cette méthode est plus efficace. La publicité sur la cigarette en fournit des exemples frappants : le Cowboy Marlboro, un symbole d'autonomie masculine, Virginia Slims, un symbole de la libération des femmes, par exemple.
- La clarté des messages signifie que les messages devraient être facilement compris. Par exemple, certains messages publicitaires subtils et pointus élaborés par les CDC pour faire connaître les tactiques de l'industrie du tabac ont été interprétés de façon erronée par les adolescents. Ainsi, 38 % des jeunes croyaient que des messages contenant des énoncés comme : *You get an image. They get an addict* (Traduction libre: Vous adoptez une image. Ils vous accrochent) visaient à promouvoir l'usage du tabac.
- L'âge du porte-parole signifie qu'il faut choisir un ou une porte parole ayant des caractéristiques semblables à celles du groupe cible. Lorsque les messages visent des adolescents, les publicitaires reconnaissent également que le porte-parole doit être un peu plus âgé car les adolescents souhaitent les imiter.
- La représentation de l'usage du tabac peut, par inadvertance, laisser entendre que l'usage de la cigarette est répandu et acceptable, envoyant donc un message contradictoire. De nombreux experts sont d'avis que les images de personnes qui fument, même pour illustrer les aspects négatifs du tabagisme ou les capacités de refuser ou encore pour représenter les

cadres supérieurs des compagnies de tabac risquent d'avoir des effets défavorables imprévus.

Les résultats ont montré qu'un bon rapport coût efficacité était relié aux quatre premiers critères décrits ci-dessus. La campagne publicitaire menée au Vermont a produit les effets les plus significatifs au coût le moins élevé. La campagne en Californie s'est située au deuxième rang, à cause de son coût peu élevé et de ses effets modestes. La campagne organisée en Floride, dont l'évaluation était incomplète car la campagne venait de débuter, a semblé offrir un bon potentiel grâce à l'utilisation d'un thème innovateur axé sur l'activisme des jeunes. La campagne a toujours véhiculé le même message (Vérité) et a fait appel à de nombreux porte-parole jeunes. La campagne de Santé Canada, lancée en 1985, a été jugée inefficace puisqu'elle ne s'est pas accompagnée d'une réduction de la prévalence du tabagisme chez les adolescents; au contraire, le tabagisme chez les jeunes a même augmenté pendant la campagne. Ce projet avait pour but de faire connaître les bienfaits d'un environnement sans fumée aux Canadiens âgés de 11 à 17 ans, d'expliquer les effets sur la santé à longue échéance ainsi que les dangers de la fumée secondaire.

Les auteurs ont conclu que la publicité antitabac destinée aux jeunes devait viser spécifiquement les adolescents, que les porte-parole devaient être un peu plus âgés seulement et que les thèmes devaient être la fumée secondaire, la présentation de fumeurs comme des modèles de comportement négatifs, l'acquisition des aptitudes à refuser, et la description trompeuse par les fabricants d'un produit mortel<sup>(215)</sup>. Contrairement à la recommandation des CDC<sup>(7)</sup> les auteurs ont affirmé que la campagne devrait être axée sur un seul thème, et non pas sur plusieurs.

### **Dénormalisation**

En 2001, Santé Canada a confié au professeur de marketing Anne Lavack, le mandat de préciser le rôle de la dénormalisation dans la lutte contre le tabagisme<sup>(181)</sup>. Selon madame Lavack, il existe deux types de dénormalisation : la dénormalisation sociale et la dénormalisation de l'industrie du tabac<sup>(181)</sup>. Les campagnes ayant pour but de diminuer l'acceptabilité de l'usage du tabac concourent à la « dénormalisation sociale ». Les campagnes, qui visent d'abord à informer le public au sujet des activités de l'industrie du tabac en contestant sa crédibilité et sa légitimité, contribuent quant à elles à la « dénormalisation de l'industrie du tabac ».

La dénormalisation de l'industrie du tabac offre des avantages par rapport à la dénormalisation sociale<sup>(181)</sup>. Premièrement, cette stratégie permet d'éviter de blâmer les victimes du tabagisme en mettant en jeu une tierce partie, l'industrie du tabac. Il est en effet reconnu que blâmer les victimes, les fumeurs en l'occurrence, est une stratégie inefficace pour promouvoir la santé<sup>(181)</sup>. Deuxièmement, l'esprit de rébellion que l'on retrouve souvent à l'adolescence est dirigé vers l'industrie plutôt que vers les adultes<sup>(216)</sup>. Cette stratégie se révèle très puissante parce qu'elle suscite la controverse, attire l'attention des médias d'information et amplifie l'exposition aux messages<sup>(181)</sup>. Enfin, la dénormalisation de l'industrie du tabac convient également aux campagnes d'abandon du tabagisme<sup>(216)</sup>.

Les campagnes les plus efficaces aux États-Unis (Californie, Floride, Massachusetts) ont intégré le principe de la dénormalisation de l'industrie du tabac<sup>(181)</sup>. En général, ces campagnes s'appuient sur des faits et des statistiques disponibles, en utilisant par exemple, des citations provenant des documents de l'industrie elle-même. Le rapport Lavack recommande d'avoir recours à trois messages principaux : l'industrie du tabac ment, la nicotine crée la dépendance, la

fumée secondaire est néfaste<sup>(181)</sup>. Lavack (2001)<sup>(181)</sup> souligne par ailleurs qu'aucune campagne antitabac ne peut réussir sans un financement adéquat.

L'efficacité des programmes de contrôle du tabagisme en Californie, au Massachusetts, en Floride, Arizona et en Oregon, a été revue par Siegel en 2002<sup>(204)</sup>. Son analyse a démontré que les effets les plus spectaculaires sur le comportement tabagique avaient été observés dans les États où des campagnes agressives avaient été menées. Les campagnes ont contesté directement la légitimité des pratiques de marketing de l'industrie du tabac, ont largement fait état des risques de l'exposition à la fumée secondaire et soutenu les initiatives locales pour promouvoir des politiques visant à protéger les non-fumeurs de la fumée secondaire dans les lieux publics, y compris dans les bars et les restaurants.

Les campagnes de dénormalisation de l'industrie du tabac comportent cependant certaines difficultés<sup>(181)</sup>. Par exemple, on ignore s'il faut orienter ces campagnes vers les jeunes ou vers la population générale. Il se peut que les jeunes rejettent l'idée qu'ils sont eux-mêmes vulnérables aux manipulations de l'industrie du tabac; à leurs yeux, ce sont des enfants plus jeunes ou des amis qui seraient vulnérables. En outre, les jeunes pourraient ne pas faire le lien entre « manipulation par l'industrie » et « une bonne raison de ne pas commencer à fumer ». Selon les chercheurs, les adolescents ayant été exposés le plus longtemps aux annonces de dénormalisation de l'industrie du tabac comprenaient mieux ce concept. Par conséquent, les campagnes destinées aux jeunes devraient être précédées d'une phase préliminaire pour expliquer à l'aide d'annonces claires et concises le concept de dénormalisation de l'industrie<sup>(181)</sup>.

Les campagnes de dénormalisation de l'industrie soulèvent des controverses, dont certaines sont créées par l'industrie du tabac elle-même<sup>(181)</sup>. Il importe, par conséquent, que les organisateurs de telles campagnes forment le personnel de relations publiques avant le lancement de celles-ci. En outre, ils ne doivent jamais sous-estimer la puissance des fabricants des produits du tabac. Par exemple, les pressions de l'industrie ont réussi à atténuer l'impact des messages en faisant remplacer le terme « industrie du tabac » par « ils ». Or, dans ces messages publicitaires, il est crucial de nommer très clairement l'industrie du tabac<sup>(181)</sup>.

Enfin, Farrelly, Niederdeppe et Yarsevich (2003)<sup>(124)</sup> rapportent que plusieurs campagnes de dénormalisation de l'industrie comprennent deux éléments clés : combattre les images positives du tabagisme dans les publicités de cigarette et présenter la manipulation de l'industrie. Depuis quelques années cependant, les campagnes de prévention ajoutent souvent un troisième élément : le développement d'une « marque » antitabac comme celle introduite en Floride avec la campagne Truth. L'élément principal de cette stratégie est de mettre en place une campagne similaire aux autres marques visant les jeunes (par exemple Nike ou les planches à neiges Burton) en présentant le non tabagisme comme attrayant et en donnant du pouvoir aux jeunes avec des renseignements sur le tabagisme et l'industrie du tabac. Le but est que les jeunes adoptent la marque et le style de vie sans tabac qui l'accompagne. Bien que l'efficacité de l'approche de dénormalisation de l'industrie valide cette stratégie, on ne sait pas à l'heure actuelle si adjoindre une marque aux campagnes augmente son efficacité. D'autres recherches sont nécessaires pour comparer l'efficacité relative de différentes stratégies de prévention chez les jeunes et le concept de création de marque.

### 4.3 EN RÉSUMÉ

Les campagnes médiatiques de démarketing des produits du tabac sont efficaces pour lutter contre le tabagisme chez les jeunes. Elles sont particulièrement efficaces lorsqu'elles sont combinées à des programmes de sensibilisation en milieu scolaire et communautaire, à des programmes d'abandon du tabagisme, à la réglementation des produits du tabac et à des mesures législatives. Plus important encore, les campagnes de démarketing doivent être suffisamment intensives et longues pour détruire l'image de normalité de l'usage du tabac créée par les fabricants<sup>(7)</sup>. Tout comme l'industrie du tabac a investi des milliards dans la publicité et la promotion pour rendre l'usage du tabac socialement acceptable, des investissements suffisants et soutenus devraient être mis dans des campagnes de démarketing pour « dénormaliser » l'usage de la cigarette.

Les données de recherche sur les caractéristiques des campagnes médiatiques qui ont été menées jusqu'à maintenant et qui ont eu du succès permettent de proposer des lignes directrices et des recommandations utiles sur le contenu et le ton des messages ainsi que sur leur présentation. Parmi la variété de thèmes qui peut être choisie, les messages les plus efficaces auprès des jeunes sont les messages crédibles et qui suscitent de l'émotion, qui portent sur les effets du tabagisme sur la santé, les pratiques de l'industrie du tabac, l'approbation et la désapprobation sociale et les habilités à refuser, ainsi que sur les effets de la fumée secondaire du tabac. Les publicités qui fournissent des informations nouvelles et convaincantes sans dire aux jeunes ce qu'ils doivent faire ou non, apparaissent avoir le plus d'impact sur les attitudes, croyances et comportements des jeunes à l'égard du tabagisme.

Puisqu'à l'heure actuelle, les résultats de recherche ne permettent pas de dégager un ou des modèles de campagnes médiatiques dont les caractéristiques garantiraient leur efficacité auprès des jeunes, leur conception doit reposer sur une planification rigoureuse, une prise en compte des expériences passées et la validation de la pertinence et de la compréhension des messages auprès des publics cibles. Une sélection adéquate des thèmes peut être réalisée auprès d'échantillons représentatif de jeunes (incluant les plus à risques) en menant de la recherche formative basée sur des fondements théoriques adéquats<sup>(124)</sup>.

## 5 LES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES

### 5.1 INTRODUCTION

La décision de fumer est déterminée en grande partie par l'environnement social. Les institutions, les organisations et les réseaux sociaux dans lesquels les adultes et les jeunes interagissent conditionnent en effet les choix qu'ils font pour leur santé. En conséquence, le développement de programmes communautaires est une mesure largement recommandée comme composante des programmes de prévention du tabagisme. Les CDC en ont fait un de leurs principaux axes d'actions dans les *Best Practices* de 1999<sup>(6)</sup> qui définissent les programmes écologiques de réduction du tabagisme.

Les programmes communautaires qui regroupent les différentes activités actualisées par les communautés contribuent à dénormaliser le tabagisme et à en décourager l'usage, à promouvoir un environnement sans tabac et à augmenter l'accès aux ressources d'aide à l'arrêt tabagique<sup>(7)</sup>. L'essence de l'approche communautaire dans la prévention du tabagisme repose sur son aspect multidimensionnel et sur la coordination des diverses activités permettant de maximiser les chances de rejoindre tous les membres de la communauté<sup>(217)</sup>. C'est à travers les institutions, les organisations et les réseaux sociaux que des interventions coordonnées peuvent façonner un environnement favorable à la santé des individus en proposant le statut de non-fumeur comme norme socialement acceptée<sup>(7)</sup>. Cette approche s'adresse à tous les membres d'une communauté, y compris les jeunes. De par la nature de cette approche, on ne peut dissocier les jeunes des autres membres de la communauté.

L'intensité des efforts nécessaires à la lutte au tabagisme, la complexité du problème et la diversité des moyens à mettre en œuvre ne peuvent être atteints qu'avec la participation des différents paliers de gouvernements et d'entités locales. Pour le National Cancer Institute (1991), les programmes doivent impliquer les personnes là où elles habitent, vont à l'école, travaillent et se distraient<sup>(218)</sup>. Chaque élément d'un programme de lutte contre le tabagisme doit converger vers différents lieux au niveau local, ou y prendre sa source. La nécessité de la participation des communautés locales est aussi essentielle à l'élaboration des programmes communautaires, qui selon les experts devraient être une composante des programmes régionaux ou nationaux<sup>(219)</sup>. Un des plus grands facteurs de réussite vient de la cohérence qui unira tous les éléments de ces programmes.

### 5.2 DÉFINITION DES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES

Les programmes communautaires représentent le travail des divers groupes de la communauté pour promouvoir un environnement social qui facilite les choix de santé des individus et qui établit une vie sans tabac comme étant la norme.

Les termes « groupes de la communauté » englobent, par exemple, les collectivités suivantes : les sociétés médicales, les écoles, les commissions scolaires, les départements d'éducation, les agences de santé bénévoles, les organisations municipales, sociales et récréatives, les associations d'affaires et les commerces, les villes et les gouvernements régionaux, les organisations de santé publique, les groupes de travailleurs, les systèmes de soins, les communautés religieuses, les organisations s'adressant aux groupes ethniques<sup>(7)</sup>.

Un programme communautaire met de l'avant une multitude d'activités pouvant inclure la promotion de la cessation, le soutien aux politiques prosanté, le développement de modèles adéquats de la part des parents et des adultes et *l'empowerment* des jeunes. Le choix des activités dépend du contexte local et régional et des préoccupations des communautés.

Dans leur document *Best Practices*, les CDC présentent ainsi le champ couvert par les programmes communautaires<sup>(6,p.3)</sup> :

« Les programmes communautaires locaux se caractérisent par une gamme étendue d'activités de prévention incluant notamment l'intégration des jeunes à la conception et à la réalisation des interventions antitabac, la création de partenariats avec des organisations locales, le lancement de programmes éducatifs pour les jeunes, les parents, les forces de l'ordre, les dirigeants communautaires et ceux du milieu des affaires, le personnel des services de santé, le personnel scolaire et autres, la promotion de politiques gouvernementales et volontaires visant à assainir l'air des bâtiments, à restreindre la vente des produits du tabac, à rendre le traitement de désintoxication assurable, et à atteindre d'autres grands objectifs de protection de la santé. »

Les programmes communautaires varient en fonction de multiples facteurs, soit le contexte rural ou urbain, le niveau socio-économique des quartiers, la pyramide des âges, la composition culturelle de la communauté, les activités déjà existantes, culturelles, religieuses, sportives ou autres, la densité de population, etc.

### **5.3 BUT ET OBJECTIFS DES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES**

Les initiatives mises de l'avant dans différentes communautés ont comme but ultime de réduire le tabagisme dans la communauté en faisant la promotion du non usage du tabac et de la cessation tabagique, en soutenant les législations qui restreignent ou interdisent l'usage du tabac.

Les programmes communautaires visent quatre grands objectifs : prévenir l'initiation au tabagisme chez les jeunes, soutenir la cessation pour les fumeurs, protéger de la fumée de tabac dans l'environnement (FTE), et éliminer les disparités de l'usage du tabac parmi les populations<sup>(6)</sup>.

### **5.4 CONTENU DES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES**

L'hétérogénéité des interventions communautaires de lutte au tabagisme rend difficile l'identification des composantes essentielles de ces programmes. À titre indicatif, nous présentons dans cette section, inspirés du rapport du Surgeon General<sup>(7)</sup> de 2000, un éventail succinct d'éléments que l'on peut retrouver dans ces initiatives communautaires.

#### **5.4.1 Les sites Internet**

Les sites Internet, comme par exemple *Globalink*, facilitent le réseautage des intervenants dans le contrôle du tabagisme, en partageant les informations, commentaires ou impressions sur l'actualité scientifique, politique, la presse, et les nouvelles de l'industrie du tabac. Nous n'avons pas trouvé d'étude évaluant les impacts de ces sites sur la prévention du tabagisme. Les démarches de recherche qui devraient être faites pour documenter ce sujet sont présentées par

Ribisl (2003)<sup>(222)</sup> dans un article qui examine le potentiel de l'Internet comme média qui peut encourager ou décourager l'usage du tabac chez les jeunes. D'autres sites Internet sont davantage orientés vers le public. Certains offrent une information abondante sur le tabagisme sous tous ses aspects. D'autres sont conçus comme un soutien à la cessation et accompagnent dans le temps la personne qui désire arrêter de fumer. Bien qu'il n'y ait pas d'évaluation formelle faite de ces sites, il s'agit d'innovations qui peuvent être prometteuses<sup>(29)</sup>.

#### **5.4.2 Plaidoyer**

Par des stratégies de plaidoyer (advocacy), les coalitions ou associations dans certains États américains ont joué un rôle très important dans la lutte au tabagisme, en particulier pour l'instauration de législations de protection de l'environnement pour les non-fumeurs, les changements de normes sociales et la diffusion d'informations concernant la crédibilité de l'industrie du tabac. Les mêmes stratégies ont été utilisées au Québec<sup>(7)</sup>.

Le plaidoyer se réfère à une présentation d'informations sur une idée ou une position avec l'intention de convaincre le lecteur ou l'auditeur d'agir en faveur de cette idée. Pour influencer l'opinion, la prise de décision ou la mise en œuvre de politiques, différentes stratégies de plaidoyer peuvent être utilisées, telles que des activités de contremarketing, d'information, d'éducation et de communication. Le plaidoyer est une stratégie d'éducation utilisée particulièrement par les coalitions et les activistes. Le pouvoir des plaidoyers se trouve en outre dans le nombre de gens qui appuient l'initiative, comme, par exemple, l'envoi de multiples lettres à un ministre. Les efforts de plaidoyer sont dirigés vers les personnes qui ont le pouvoir de prendre des décisions et vers celles qui les influencent, comme le public, les médias, les conseillers, etc.

Prenant leur place tant au niveau national, régional ou local, plusieurs programmes de prévention, démontrés efficaces, intègrent dans leur programmation un volet qui concerne la participation des jeunes dans la communauté, à qui l'on offre de la formation en leadership et en plaidoyer. Pour des groupes de jeunes, le plaidoyer constitue une forme de participation au processus de décision qui peut être appliquée tant à l'échelle de l'école et de la communauté locale qu'à des niveaux supérieurs. Pour Bowen, Kinne et coll. (1995)<sup>(98)</sup>, le plaidoyer mis de l'avant par les adolescents peut être efficace, tant pour prévenir le tabagisme chez les plus jeunes que pour convaincre ou inciter des pairs du même âge et des adultes à arrêter de fumer.

#### **5.4.3 Actions, moyens, cibles et lieux**

Les interventions communautaires se caractérisent par une série de composantes qui varient selon les cibles dans la population, ainsi qu'une variété de moyens, de lieux et d'approches. Afin de réaliser un programme local cohérent, intégré et adapté à ses besoins, une communauté aura à définir, avec ses membres, les objectifs qu'elle veut atteindre et les moyens pour y arriver, en tenant compte des éléments pertinents de son environnement et de ses traditions<sup>(223)</sup>. Il ne saurait donc y avoir de programme local standard<sup>(48)</sup>. Une liste d'actions, de moyens, de cibles et de lieux, pouvant être intégrés à la programmation des interventions communautaires est proposée ici à titre indicatif. Cette liste, qui ne se veut pas exhaustive, est inspirée des CDC et accompagnée de quelques commentaires de la littérature.

#### *5.4.3.1 L'intégration des jeunes à la conception et à la réalisation d'interventions communautaires*

Les jeunes peuvent s'impliquer de différentes manières dans la lutte au tabagisme. À titre d'exemples, citons : les créations sur le thème du tabac (dépliants, affiches, vidéos, diaporamas, pièces de théâtre, expositions, distribution d'affiches sur le tabagisme, fabrication de chars de parade et participation à des parades, création de chansons)<sup>(224)</sup>, la participation à la révision des politiques antitabac et les gangs allumées, à l'école par exemple (voir chapitre 2). McGuire (1985)<sup>(225)</sup> et Flay et Sobel (1983)<sup>(226)</sup> insistent sur l'importance des interactions entre jeunes dans ces activités et l'utilisation de canaux de communication divers allant des T-shirts aux posters, aux dessins sur trottoir, aux parades, aux festivals ou à la distribution de dépliants.

#### *5.4.3.2 La création de partenariats*

Les coalitions ou les regroupements, centrés sur des lieux, des personnes ou des activités existantes dans une communauté définie, sont des structures à privilégier, tel que discuté précédemment.

#### *5.4.3.3 Les groupes de la communauté et les programmes éducatifs*

Les programmes éducatifs visant les jeunes sont généralement abordés par le biais des programmes en milieu scolaire. Ces programmes ont été examinés au chapitre 2. En ce qui concerne les parents et les familles, bien que l'efficacité des interventions antitabagiques auprès des parents ne soit pas démontrée de façon probante, Perry, Pirie et coll. (1990)<sup>(227)</sup> considèrent qu'il est nécessaire d'inclure les parents dans des activités structurées, non menaçantes, en leur fournissant du matériel stimulant pour discuter du tabagisme avec leurs enfants. Par exemple, des quiz qui facilitent l'interaction, plutôt que faire des sermons. Ces activités sont plus adaptées au primaire qu'au secondaire. Tel que rapporté au chapitre 2, les résultats de plusieurs recherches encouragent les parents à transmettre des connaissances et des attitudes antitabac à leurs enfants et à leur dicter des règles de conduite. Jackson (2002)<sup>(228)</sup> complète ce point en discutant de pratiques optimales d'éducation, indiquant que le style d'éducation qui « fonctionne combine de hauts niveaux de discipline, de chaleur et d'attention ».

D'autres personnes de la communauté, comme les représentants municipaux, les dirigeants des organismes communautaires, les dirigeants du milieu des affaires, le personnel des services de santé, médecins, dentistes, infirmières, auxiliaires, inhalothérapeutes, le personnel de soutien et d'accueil, le personnel scolaire, professeurs, entraîneurs sportifs, administrateurs, le personnel des services sociaux, des centres jeunesse et services sociaux, le personnel des services de la sécurité du revenu, les forces de l'ordre, ou toutes autres personnes actives dans la communauté représentent des ressources humaines potentielles pour assurer le succès des interventions communautaires en transmettant les messages et les services clés du programme à la population.

#### *5.4.3.4 La promotion des politiques gouvernementales*

Au niveau local, l'intervention doit aller dans le sens d'un meilleur respect des lois sur le tabac, l'accès, les lieux de vente de tabac, l'affichage et les lieux publics sans fumée, par exemple.

#### 5.4.3.5 *Les lieux d'interventions possibles*

Les lieux sont toutes les structures, les organismes et les institutions qui peuvent être concernés par les interventions de lutte au tabagisme, tels que les municipalités, les commissions scolaires, les terrains d'école, les périmètres autour des écoles, les lieux de formation du personnel de la santé, les cégeps, les universités, les lieux de formation des autres spécialités de soins corporels, les centres commerciaux, les lieux de culte et leurs annexes, les hôpitaux, les CLSC, les cliniques médicales et dentaires, les autres lieux de soins (esthétique, médecines douces), les coiffeurs, les organismes communautaires reliés à la santé, les centres de santé des femmes, les organismes communautaires à vocation de soutien alimentaire, d'aide à l'habillement, au logement, les centres communautaires, les sports, les loisirs, les cours, les maisons de jeunes, les bibliothèques, les centres sportifs et de conditionnement physique, les maisons et les voitures, etc.

#### 5.4.3.6 *Les activités existantes dans la communauté*

Les activités comme les fêtes de quartier et les activités dans les parcs peuvent être l'occasion d'insérer des activités spécifiques au tabagisme.

#### 5.4.3.7 *Les médias locaux*

Les médias qu'ils soient écrits, audio, ou audiovisuels sont souvent utilisés pour diffuser des informations sur le tabagisme, particulièrement adaptées à la communauté.

### 5.4.4 **Financement**

Les recommandations américaines concernant le financement annuel des programmes communautaires sont de 1,3 millions à 1,8 millions de dollars pour le personnel et les ressources de l'état. Pour le financement régional et local, les recommandations sont de 1,05 \$ à 3,00 \$ par habitant, par an, pour l'administration et l'organisation de ces niveaux<sup>(6)</sup>. Ces recommandations de financement n'incluent pas les programmes scolaires, les ressources nécessaires à l'application des lois, le contremarketing, l'administration centrale du programme de lutte au tabagisme, la gestion et l'évaluation, les ressources dédiées à la cessation et les programmes reliés aux maladies provoquées par le tabagisme.

## 5.5 **COORDINATION, ET IMPLANTATION DES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES**

Pour que des programmes communautaires s'actualisent de façon optimale, chaque palier de décision, national, régional et local doit avoir sa propre planification, en concertation les uns avec les autres. Il importe que les programmes régionaux et locaux soient encouragés et financés par le niveau central.

Lorsque des réductions du tabagisme ont été observées là où existaient des programmes communautaires, il faut remarquer que le processus de programmation est allé du bas vers le haut ou l'inverse, suivant les situations initiales<sup>(6,229-234)</sup>. Cependant, compte tenu de l'exercice du pouvoir aux États-Unis, Siegel (2002)<sup>(204)</sup> recommande de commencer par des programmes locaux et de faire pression sur les instances nationales à partir de ceux-ci, plutôt que l'inverse. Lorsque l'initiative des projets de loi est venue du niveau central, certains États ont adopté des

lois plus tolérantes que les municipalités pouvaient le souhaiter, et ont bloqué toute initiative locale par un droit de préemption<sup>29</sup> introduit dans ces lois. Contrairement aux États-Unis, il est plus facile de légiférer pour contrôler le tabagisme au Canada et au Québec en raison des caractéristiques de notre système politique. L'action communautaire n'en demeure pas moins importante car elle crée des conditions favorables à la mise en place des différentes mesures.

### **5.5.1 Niveau national**

Un programme national de contrôle du tabagisme a un rôle fondamental à jouer auprès des communautés. Le programme national doit stimuler et soutenir financièrement les programmes locaux, former les intervenants, fournir de l'assistance technique pour l'application de pratiques efficaces dans le contrôle du tabagisme au niveau local, et participer, de plus, à l'élaboration des stratégies d'implantation des programmes communautaires.

Le palier national a un rôle essentiel dans le financement des organisations et réseaux permettant de développer et implanter des programmes adaptés aux contextes culturels locaux<sup>(6,235,236)</sup>. Il doit soutenir des expériences innovatrices et aider à les évaluer, malgré toutes les difficultés de l'exercice<sup>(237)</sup>.

L'expérience des programmes de lutte contre le tabagisme dans les États américains a démontré l'importance de coordonner les composantes de ces initiatives. Un grand nombre d'organisations publiques, parapubliques et non gouvernementales sont impliquées dans toutes les étapes du processus de planification. Leur coordination est un défi pour la réalisation d'un véritable programme intégré. Elle exige l'implication de ressources humaines et de moyens de communication efficaces, au sein d'une structure adéquate<sup>(6)</sup>.

Aux États-Unis, des coalitions existent à l'échelle des États ou du pays qui mettent de l'avant des campagnes d'information, éventuellement lors de manifestations, ou font du lobbying auprès du système politique. Leur indépendance leur permet d'agir comme groupe de pression, alors que les structures publiques ne le permettent pas.

### **5.5.2 Niveaux régional et local**

Face à des projets de santé publique complexes et multidimensionnels, comme les programmes de contrôle du tabagisme, beaucoup d'intervenants ont formé des associations, des regroupements, ou des coalitions, pour lesquels il est difficile, a priori, d'établir si le meilleur niveau d'ancrage se situe au niveau régional ou local. Ceci est d'autant plus vrai que les définitions mêmes de « région » ou de « localité » ne sont pas toujours claires dans la littérature scientifique.

En Californie, ce sont des coalitions locales qui, à partir des changements locaux et de la dynamique ainsi créée, ont réussi à amener des changements au niveau des États. La création de lieux publics sans fumée, l'interdiction de machines distributrices, l'instauration ou l'augmentation des taxes pour subventionner les programmes de lutte au tabagisme, en sont des exemples.

---

<sup>29</sup> Droit de préemption : clauses qui privent les gouvernement inférieurs de leur autorité d'adopter des mesures de contrôle du tabagisme plus sévères.

La littérature scientifique américaine définit une « coalition » comme suit : regroupement d'individus représentant diverses organisations et secteurs de la communauté qui développent des relations formalisées de travail sur une longue période de temps, dont les travaux sont orientés vers un problème précis et les actions orientées vers des objectifs spécifiques et centrés sur la communauté, et faisant du plaidoyer au nom de la coalition<sup>(238)</sup>. Cette définition s'apparente à ce qu'on appelle, au Québec, des tables de concertation, sauf en ce qui concerne le plaidoyer.

À l'échelle locale, une coalition identifie et cible des « lieux » importants de la communauté, que ce soit les lieux de travail, les écoles, les lieux de soins, l'environnement communautaire et les groupes communautaires<sup>(218,239,240)</sup>. De nombreux avantages militent en faveur de la coalition, ou table de concertation, comme structure facilitant l'organisation communautaire autour de projets de promotion de la santé. Il est intéressant de rappeler ici un certain nombre d'observations qui sont des repères ou des conditions pour le succès de telles structures. Kegler, Steckler et coll. (1998)<sup>(242)</sup> ont étudié dix coalitions créées dans le cadre du programme *American Stop Smoking Intervention Study* (ASSIST). Florin, Mitchell et coll. (1993)<sup>(243)</sup> ont proposé un cadre conceptuel des facteurs influençant l'efficacité d'une coalition. Parmi ceux-ci, on retrouve la qualité des communications, la compétence des membres, l'orientation vers l'action, le temps consacré par les membres à la coalition, la complexité des structures, la cohésion et le temps dont dispose le personnel de la coalition. S'y rajoutent le réalisme des buts et objectifs à court et long terme, la recherche des possibilités de faire de l'éducation en santé, l'identification des valeurs et des besoins de la communauté, etc.<sup>(244)</sup>

Au delà de ces considérations générales, il est important de souligner que les interventions communautaires, fruits des coalitions ou regroupements moins structurés, « sont influencées par des facteurs locaux. De ce fait, il est difficile de les reproduire telles quelles ailleurs »<sup>(48)</sup>.

## 5.6 EFFICACITÉ DES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES

Dans une revue rigoureuse des résultats d'études portant sur les programmes communautaires pour la prévention du tabagisme chez les jeunes, Sowden et Arblaster (2002)<sup>(237)</sup> soulignent les difficultés de l'évaluation de tels programmes. L'hétérogénéité même des communautés, des interventions, des participants et méthodes de mesure rendent impossible une agrégation des résultats. Cependant, 13 études ont satisfait aux critères scientifiques nécessaires à une évaluation de qualité établis par la *Cochrane Review*<sup>(237)</sup> et ont été considérées par les chercheurs. Elles seront décrites dans cette section.

Neuf des treize études retenues par Sowden et Arblaster (2002)<sup>(237)</sup> ont évalué les résultats d'interventions communautaires de grande ampleur, incluant une comparaison avec des groupes témoin. Parmi celles-ci, deux études ont montré des réductions significatives du tabagisme chez les jeunes lorsqu'une intervention communautaire a été comparée à un groupe témoin sans intervention<sup>(199,245)</sup>. Ces études faisaient partie de programmes intégrés de prévention des maladies cardiovasculaires.

Sur trois études ayant comparé les effets d'un programme communautaire combiné à un programme scolaire en comparaison du programme en milieu scolaire seulement<sup>(120,246,247)</sup>, Ary et coll. (2000)<sup>(120)</sup> ont révélé des résultats positifs pour l'intervention communautaire mais ces résultats sont contestables. En effet, Biglan a observé une différence significative de la prévalence déclarée, mais cette différence n'a pas été corroborée par les tests de mesure de monoxyde de carbone. Kaufman, Jason et coll. (1994)<sup>(195)</sup> ont comparé deux interventions

communautaires, l'une avec une composante scolaire, l'autre sans celle-ci. Aucune différence de prévalence n'a été observée entre les deux groupes, mais il y a eu baisse de la prévalence dans les deux. Pentz, Dwyer et coll. (1989)<sup>(89)</sup> ont comparé deux groupes, l'un avec intervention communautaire et composante média et l'autre avec média seulement. Les taux de prévalence ont augmenté dans les deux groupes, mais la croissance de la prévalence a été plus lente dans le groupe recevant les deux composantes.

Finalement, Piper, Moberg et King (2000)<sup>(248)</sup> ont comparé deux groupes expérimentaux avec programmes communautaires à composantes multiples à un groupe témoin avec un programme d'éducation standard. Les résultats ont été partagés, le programme le plus intensif ayant montré de faibles résultats positifs pour le tabac et la nutrition, mais négatifs pour l'alcool, l'autre n'ayant montré aucun résultat.

Malgré ces résultats limités, Sowden et Arblaster (2002)<sup>(237)</sup> ont conclu qu'afin d'optimiser la planification des interventions communautaires, les éléments suivants devraient être considérés :

- « - les éléments de programmes ayant démontré leur efficacité devraient être intégrés en premier lieu, plutôt que ceux qui ont obtenu un succès limité,
- les programmes doivent être flexibles et tenir compte de la variabilité entre les communautés, de telle façon que les composantes d'un programme donné puissent être modifiées pour en augmenter l'acceptabilité,
- le développement des programmes devrait se faire avec des échantillons représentatifs des groupes ciblés afin d'implanter des activités et donner des messages appropriés,
- les programmes devraient reposer sur des construits théoriques à propos de l'acquisition et du maintien des comportements (par exemple, Social Learning Theory),
- les activités communautaires doivent atteindre l'auditoire ciblé pour espérer l'influencer ».

Le rapport du USDHHS de 2000<sup>(7)</sup> s'est également penché sur l'efficacité des programmes communautaires en faisant une revue complète des grands programmes communautaires menés durant les années 1970 et 1980. Ces programmes ont été développés à l'origine comme des projets de recherche pour tester l'efficacité de l'approche de réduction des risques à l'échelle des communautés. Un certain nombre de grands programmes nationaux et internationaux visant la réduction des maladies cardiovasculaires ont utilisé des devis avec contrôle. Les résultats de ces études ont été en grande partie décevants, en particulier en ce qui a trait à la prévention et au contrôle de l'usage du tabac. D'autres recherches à grande échelle, comme le *Community Intervention Trial (COMMIT) for Smoking Cessation* n'ont pas atteint les résultats escomptés. Les experts expliquent ces modestes résultats par le fait que les projets de recherche de ces deux décennies n'avaient pas la portée ni la pénétration requise pour produire un véritable changement social. De plus, bien que les interventions communautaires s'inscrivaient dans une perspective de promotion de la santé, les modèles d'interventions demeuraient limités au modèle traditionnel d'éducation à la santé. Durant cette période cependant, une approche nouvelle de promotion de la santé est apparue soit l'approche écologique d'intervention, une approche organisée de changement des environnements social, économique et réglementaire<sup>(7)</sup>.

Dans les années 1990, aux États-Unis, les augmentations importantes de taxes et les règlements judiciaires intervenus avec l'industrie du tabac ont permis à plusieurs États d'avoir les ressources nécessaires pour actualiser cette nouvelle approche de promotion de la santé en mettant en place des programmes écologiques de contrôle du tabagisme<sup>(7)</sup>. Les données d'évaluation ont montré que financer des programmes locaux produisait des progrès mesurables pour l'atteinte des objectifs de contrôle du tabagisme à l'échelle des États. En Californie et au Massachusetts, par exemple, les programmes locaux ont été déterminants pour l'adoption d'un nombre accru de règlements locaux ou autres dispositions restreignant le tabagisme dans les places publiques. Dans ces deux États, ces politiques ont contribué à une diminution constante du pourcentage d'adultes non-fumeurs rapportant une exposition à la fumée secondaire du tabac. L'Oregon constitue un autre état qui a obtenu une baisse importante de la consommation par habitant après avoir implanté un programme de contrôle du tabagisme à l'échelle de l'État comprenant un programme communautaire. Le financement octroyé à la communauté a produit une impressionnante diversité d'actions locales, de partenariats et de coalitions<sup>(221)</sup>. C'est sur la base de ces résultats initiaux prometteurs que les CDC ont recommandé que les programmes communautaires soient considérés parmi les composantes essentielles des programmes écologiques de contrôle du tabagisme<sup>(221)</sup>.

Parallèlement à la mise en place de programmes écologiques de contrôle du tabagisme, plusieurs recherches en épidémiologie sociale se sont penchées sur les caractéristiques des environnements locaux comme déterminant de la santé. Durant les 10 dernières années, en particulier, des recherches en santé publique se sont intéressées à évaluer les effets du contexte social pour expliquer les variations de l'état de santé entre différents territoires. Les travaux de Frohlich et coll. (1999, 2002)<sup>(249-251)</sup> dans ce domaine ont démontré une variation significative de l'initiation au tabagisme chez les jeunes en fonction du territoire géographique. Cette variation a été expliquée non seulement par des caractéristiques individuelles (âge des jeunes, statut tabagique et niveau d'éducation des parents) mais également par des aspects du contexte social et par les pratiques sociales au niveau du quartier.

Les aspects du contexte social qui ont été analysés sont les caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population du quartier et les ressources des organisations publiques, privées et communautaires du quartier (appelées agents sociaux) qui encouragent ou découragent le tabagisme. Les pratiques sociales associées au tabagisme qui constituent les activités habituelles de la collectivité entourant ce comportement et la signification attribuée à ces activités, ont été évaluées à l'aide de groupes de discussion menés auprès de préadolescents de quatre quartiers différents. Les travaux de Frohlich, Potvin et coll.<sup>(250,251)</sup> (2002) ont démontré clairement le rôle des environnements locaux dans le choix des jeunes de fumer ou non. Ces résultats appuient fortement la nécessité d'agir au niveau communautaire pour augmenter les ressources en faveur du non-tabagisme, modifier les pratiques sociales, et intégrer les significations locales du tabagisme dans les tactiques de réduction du tabagisme<sup>(250,251)</sup>.

## 5.7 EN RÉSUMÉ

L'approche communautaire se veut un moyen de changer l'environnement social pour qu'il devienne plus favorable à la santé en s'assurant que le statut de non fumeur corresponde à la norme sociale de la communauté. Au niveau local, les programmes et interventions communautaires se caractérisent par des actions concertées qui peuvent impliquer n'importe lesquels de ses membres, regroupements ainsi que des lieux existants dans une communauté.

Comme toutes les activités de contrôle du tabagisme, leur but ultime est de réduire le tabagisme dans la communauté, que ce soit par diminution de la prévalence et baisse de l'exposition à la fumée secondaire.

Malgré des données probantes très limitées quant à l'efficacité des interventions communautaires, les experts semblent partager l'opinion que ces interventions doivent faire partie d'un tout, à l'intérieur d'un programme écologique. Les interventions communautaires effectuées, évaluées et discutées dans la littérature, mènent les chercheurs et les organismes dédiés à la santé publique à promouvoir des programmes communautaires locaux forts, éléments indispensables à la réussite des programmes écologiques de lutte contre le tabagisme.

Pour assurer à long terme le maintien des interventions communautaires, la littérature recommande que des regroupements, tels que les coalitions ou les tables de concertation, soient les moteurs de ces interventions.

Afin de souligner l'importance de l'infrastructure de soutien, Siegel (2002)<sup>(204)</sup> insiste sur le temps et les moyens nécessaires à la mise en place de structures de soutien à ces programmes. Le niveau central se doit en effet de soutenir les autres niveaux. Ainsi, assurée de la présence et du soutien de structures adéquates au niveau central, l'implication des communautés locales, dans la lutte au tabagisme devient un enjeu important dans la poursuite de cette lutte. Lorsqu'aucune structure de lutte au tabagisme n'existe localement, le niveau régional, en concertation avec le central, pourrait identifier les personnes ou organisations locales prêtes à mobiliser et structurer des ressources, leur fournir au besoin l'expertise manquante et leur garantir un financement adéquat, récurrent et dont elles seraient imputables par le biais d'évaluations des programmes soutenus ou réalisés par le régional et le central. Comme on ne peut proposer de programme type, en raison des caractéristiques locales qui diffèrent d'un endroit à l'autre, la démarche locale peut, à tout le moins, être soutenue par une expertise reposant sur les connaissances et les leçons tirées d'expériences en cours ou passées.

## 6 LES PROGRAMMES ÉCOLOGIQUES AU NIVEAU GOUVERNEMENTAL

### 6.1 INTRODUCTION

Comme on a pu le voir au chapitre 2, le tabagisme résulte de nombreux facteurs et touche une proportion importante de jeunes au Québec. Le Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme du Comité consultatif canadien sur la santé de la population constate « qu'un problème de cette complexité et de cette magnitude exige la mise en place de démarches à long terme, soutenues et complémentaires dans les domaines de la recherche, de la politique, de la législation et des programmes de promotion de la santé »<sup>(252,p.1)</sup>. Les programmes de contrôle du tabagisme qui visent plusieurs cibles, dans différents milieux et qui ont recours à plusieurs stratégies d'intervention peuvent répondre à cette exigence. Les chercheurs américains ont mis en place et évalué de tels programmes qu'ils désignent par le qualificatif *comprehensive*. Les caractéristiques de ces programmes que nous allons examiner ci-après nous ont conduit à traduire ce qualificatif par le terme « écologique ».

### 6.2 BUTS, CARACTÉRISTIQUES ET COMPOSANTES

Selon le rapport du Surgeon General des États-Unis, publié en 2000<sup>(7)</sup>, les programmes écologiques de réduction du tabagisme visent à réduire les maladies, incapacités et décès reliés à l'usage du tabac par :

1. la promotion de l'arrêt tabagique chez les fumeurs jeunes ou adultes;
2. la mise en place de mesures de prévention pour que les jeunes ne commencent pas à fumer;
3. l'implantation de politiques publiques pour protéger les individus de la fumée secondaire;
4. l'identification et l'élimination des disparités associées au tabagisme et ses effets sur différents groupes de la population.

L'élément qui distingue ces programmes est le fait d'employer une gamme de stratégies coordonnées de façon à ce qu'elles se complètent et se renforcent les unes les autres, de manière synergique<sup>(7,29,253)</sup>.

Jacobson, Lantz et coll. (2001)<sup>(29)</sup> définissent un programme écologique (*comprehensive*) de contrôle du tabagisme selon les caractéristiques suivantes : il s'agit :

« d'une combinaison de multiples stratégies d'interventions telles que des politiques gouvernementales et locales, des programmes d'intervention visant les individus, les familles, les écoles et les communautés de même que de la recherche notamment l'évaluation des programmes et des politiques. Un programme qui rencontre ces caractéristiques cible à la fois le tabagisme des adultes et des jeunes, comprend plusieurs cibles, des composantes à court et à long termes et un engagement communautaire dans le développement et l'implantation de l'approche » (traduction libre).

Les programmes de contrôle du tabagisme qui s'appuient sur une vision écologique de l'intervention reconnaissent que le choix des comportements individuels est modulé par un contexte large et complexe composé d'un cadre social dans lequel interviennent la famille, la communauté et la culture; d'un environnement économique et physique complexe; de politiques gouvernementales formelles et informelles; d'un contexte légal dominant<sup>(7)</sup>. C'est pourquoi les programmes écologiques de contrôle du tabagisme actualisés aux États-Unis comprennent la combinaison de tous les éléments décrits ci-après<sup>(145)</sup> :

- ▶ L'éducation du public par l'intermédiaire de campagnes médiatiques principalement de démarketing utilisant tous les types de médias : presse écrite, audiovisuelle et électronique, et panneaux publicitaires.
- ▶ L'instauration de projets communautaires qui impliquent l'attribution de subventions aux organisations locales pour favoriser entre autres, la formation et l'assistance aux professionnels de la santé, pour améliorer les services de cessation et pour le développement de politiques locales complémentaires aux politiques nationales.
- ▶ La mise en place de programmes en milieu scolaire comprenant le développement d'un curriculum aussi bien que le développement de politiques scolaires cohérentes avec les messages de prévention transmis.
- ▶ L'accès à des services directs de soutien à la cessation pour les fumeurs tels que les lignes téléphoniques d'aide et autres matériels pour cesser de fumer.
- ▶ La mise en application de politiques pour empêcher les jeunes d'avoir accès aux produits du tabac, pour restreindre la publicité protabac et créer des environnements sans fumée.
- ▶ La mise en œuvre d'un programme de recherche et d'évaluation.

On retrouve l'ensemble de ces éléments dans le document *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs* préparé par les CDC en 1999<sup>(6)</sup>. Dans ce document, cependant, les campagnes médiatiques sont incluses dans la catégorie plus large du contremarketing.

Le rapport du Surgeon General souligne que la composante économique représente un élément essentiel d'un programme écologique de contrôle du tabagisme. Pourtant, les CDC n'incluent pas cette composante dans leurs *Best Practices*. L'application particulière des mesures économiques dans le contexte américain où l'industrie du tabac forme un oligopole explique probablement cette situation. Le Surgeon General indique en effet que « faire une utilisation optimale des stratégies économiques dans un programme écologique de contrôle du tabagisme pose des problèmes particuliers à cause de la complexité des contrôles gouvernementaux et privés sur l'économie du tabac et le besoin d'une approche concertée à plusieurs niveaux »<sup>(7,p.20)</sup>. De fait la composante économique comprend non seulement l'augmentation des taxes mais également les mesures contre la contrebande, les politiques de modifications des cultures agricoles chez les producteurs de tabac, les traités commerciaux, etc.

L'augmentation régulière des taxes accompagnée de mesures appropriées de contrôle de la contrebande, constituent une mesure hautement efficace pour prévenir et réduire le tabagisme chez les jeunes. C'est pourquoi, dans le présent avis, cette mesure spécifique est retenue comme un élément devant faire partie intégrante du programme écologique de contrôle du tabagisme, même si elle ne représente qu'une facette des mesures économiques.

### 6.3 LES PREUVES D'EFFICACITÉ

Depuis la publication en 1964 du rapport du Surgeon General des États-Unis<sup>(7)</sup> établissant le caractère dangereux du tabac, de nombreuses interventions antitabac s'adressant tant aux jeunes qu'aux adultes ont été développées et évaluées. C'est ainsi que progressivement les interventions efficaces et les conditions de succès ont été identifiées. Les recherches ont montré qu'il est possible de maximiser l'efficacité des interventions antitabac en mettant en place des actions coordonnées touchant à la fois l'individu et son environnement<sup>(7,8,35)</sup>. Cette évolution des connaissances a amené neuf États américains à mettre en place des programmes écologiques de contrôle du tabagisme<sup>30</sup>. Le Minnesota en a été l'initiateur en 1985. Mais c'est en 1989 que le mouvement s'est réellement engagé avec la Californie qui a alors mis en place le programme intégré le plus ambitieux des États-Unis. Les États qui, par la suite, ont suivi cette trajectoire, ont mis à profit l'expérience de leurs prédécesseurs et plus particulièrement celle de la Californie qui disposait d'une composante d'évaluation très développée. Ces États ont été le Massachusetts en 1993, l'Arizona en 1994, l'Oregon en 1996, puis le Maine, le Mississippi et la Floride en 1997 et enfin le Texas en 1998<sup>(7)</sup>.

Plusieurs États, en particulier ceux qui ont été les premiers à instaurer les programmes écologiques de contrôle du tabagisme, ont publié divers résultats d'évaluation. Le rapport du Surgeon General des États-Unis<sup>(7)</sup>, a présenté ces informations qui démontrent l'efficacité des programmes écologiques implantés à l'échelle des États<sup>(253,p.7)</sup>.

Wakefield et Chaloupka (1999)<sup>(145)</sup> ont analysé et comparé les données produites par la Californie, le Massachusetts, l'Arizona, l'Orégon et la Floride. Ils indiquent que les programmes de ces États ne sont pas uniformes. Ils diffèrent sur les points suivants : la durée du programme sur le terrain et son financement par personne; les circonstances dans lesquelles les programmes ont été instaurés, les États ayant notamment à faire face, à des degrés variables, au sabotage des compagnies de tabac et aux attaques d'intérêts opposés au contrôle du tabagisme; la prévalence du tabagisme chez les adolescents avant que le programme ne débute; les fonds alloués pour les stratégies générales comparés à des approches spécifiques aux jeunes; le choix des messages et des stratégies dans chaque composante du programme; l'étendue de l'implantation réelle comparée à celle attendue; et les mesures utilisées pour évaluer les progrès. En dépit des différences et de l'intensité variable des messages et des stratégies entre les programmes, les auteurs ont conclu que les preuves étaient faites que ces derniers conduisaient et à des changements au niveau des facteurs influençant le tabagisme juvénile et à des réductions du tabagisme chez les jeunes.

Analysant les résultats de ces mêmes programmes, Siegel (2002)<sup>(204)</sup> indique que lorsque les programmes écologiques de contrôle du tabagisme sont bien implantés et adéquatement financés, ils produisent une baisse spectaculaire de la consommation de cigarettes par personne et de la prévalence du tabagisme, à la fois chez les adultes et chez les jeunes, et, en peu de temps, cette baisse peut entraîner une réduction démontrable et substantielle de la mortalité et de la morbidité associées aux maladies cardiaques comme en témoignent les résultats obtenus en Californie. Ainsi, si on ne tient compte que de la mortalité reliée aux maladies cardiaques, on estime que le programme de contrôle du tabagisme de la Californie a sauvé 33 000 vies durant ces neuf premières années. Siegel (2002)<sup>(204)</sup> souligne qu'il n'y a probablement aucune autre intervention de santé publique, même à un niveau national dont l'impact sur la santé des

<sup>30</sup> En anglais « Comprehensive tobacco control programs ».

populations s'approche de celui des programmes antitabac. La Californie a été le premier État à voir une réduction des cancers du poumon et des décès liés aux maladies cardiaques sur son territoire évitant ainsi d'importants coûts médicaux<sup>(253)</sup>. Le Département des services de santé de la Californie a en effet estimé qu'entre 1990 et 1998, les économies réalisées en raison du programme de contrôle du tabagisme ont été de 8,4 milliards de dollars en coûts directs et indirects attribuables au tabagisme. En considérant les coûts médicaux directs uniquement, le programme a permis d'épargner 3,02 milliards de dollars. Cela signifie que pour chaque dollar investi dans le programme intégré de lutte au tabagisme 3,62 \$ ont été économisés dans les coûts directs de santé<sup>(254)</sup>.

Pour étayer davantage la preuve de l'efficacité des programmes écologiques, les résultats obtenus dans les différents États ont été comparés en fonction de leur intensité, mesurée par leurs niveaux de financement. Cette comparaison a permis de mettre en évidence une relation « dose effet » entre le financement accordé et les progrès réalisés. Ainsi, l'amplitude de la réduction du tabagisme dans la population générale est associée à l'intensité des efforts de contrôle du tabagisme<sup>(255)</sup>. Pour l'Institute of Medicine (2000)<sup>(255)</sup> des États-Unis, cette relation dose effet constitue une preuve incontestable que les programmes écologiques de réduction du tabagisme sont efficaces.

L'impact des programmes écologiques de contrôle du tabagisme sur la consommation de cigarettes a été récemment démontré à l'aide d'analyses économétriques rigoureuses. Après avoir identifié les faiblesses de l'ensemble des études antérieures portant sur l'efficacité des programmes, Farrelly, Pechacek et Chaloupka (2001)<sup>(256)</sup> ont accordé une attention spécifique aux variables confondantes (taxes d'accises, ventes transfrontalières et autres facteurs) qui auraient pu expliquer les résultats prééminents obtenus par les États américains qui possèdent un programme de contrôle du tabac disposant d'un financement supérieur, tels que l'Arizona, la Californie, le Massachusetts et l'Oregon. Les résultats des analyses effectuées montrent clairement que l'augmentation du financement des programmes de contrôle du tabagisme est associée à une réduction de l'usage du tabac, que cette relation est optimale un an après que les dépenses sont engagées et que les programmes sont plus efficaces, dollar pour dollar, quand ils sont implantés sur une large échelle. Pour Farrelly, Pechacek et Chaloupka (2001)<sup>(256)</sup>, il ne fait aucun doute que les programmes écologiques de contrôle du tabagisme sont efficaces. Ainsi, la baisse de la consommation de tabac qui suit la mise en œuvre de tels programmes dépasse largement celle attendue par l'augmentation seule du prix des produits du tabac<sup>(253,255)</sup>.

Selon Bitton, Fichtenberg et Glantz (2001)<sup>(257)</sup>, l'expérience des États de la Californie, de l'Arizona, du Massachusetts et de l'Orégon, montrent qu'un programme efficace et agressif de contrôle du tabagisme employant des actions sociales, légales et politiques peut réduire la prévalence du tabagisme de 1 % par année. Pour l'Institute of Medicine des États-Unis<sup>(255)</sup>, le bilan de l'expérience américaine s'est avéré concluant et a établi que les programmes écologiques et soutenus de lutte antitabac, coordonnés et suffisamment financés, constituaient la voie la plus efficace pour réduire le tabagisme chez les jeunes.

## 6.4 CRITÈRES DE RÉUSSITE

L'analyse des programmes américains réalisée par un comité d'experts mandaté par la ministre de la santé de l'Ontario a permis de conclure que leur réussite s'expliquait par six caractéristiques communes<sup>(258,p.16)</sup> :

- ▶ Les programmes ont fait appel à des stratégies variées conçues pour dissuader les jeunes de se mettre à fumer, protéger le public contre l'exposition à la fumée secondaire et enfin inciter et aider les personnes qui fument à renoncer au tabac.
- ▶ Ils comprenaient une vaste campagne dans les médias pour informer le public et modifier son attitude vis-à-vis du tabagisme.
- ▶ Ils prévoyaient plusieurs initiatives à l'échelle de l'état et de nombreuses initiatives communautaires visant le public à la maison, au travail, à l'école ou encore dans des lieux récréatifs et ailleurs dans la collectivité.
- ▶ Ils comportaient une assistance technique et d'autres mécanismes de soutien visant à augmenter le nombre de professionnels et de groupes communautaires s'occupant de l'exécution de la réglementation de l'usage du tabac et visant d'autre part, à rehausser la compétence de ces intervenants.
- ▶ Ils incluaient de la recherche, des mesures de suivi et de l'évaluation permettant de mesurer les progrès accomplis et d'apporter des modifications judicieuses.
- ▶ Enfin, ces programmes disposaient d'un financement suffisant.

Pour le groupe d'experts ontariens, des mesures fragmentaires retenues pour leur facilité de mise en œuvre, leur faible coût ou selon tout autre critère, ne mènent à rien. De même, les mesures ne visant que quelques segments de la population tels que les femmes ou les jeunes ou ne portant que sur certains aspects de la réglementation de l'usage du tabac, par exemple l'interdiction de vendre des cigarettes aux mineurs, ne donnent pas de résultats significatifs. Le comité d'experts est unanime quant à la nécessité d'adopter un programme écologique de lutte contre le tabagisme pour peu que son financement soit suffisant et qu'une infrastructure existe pour en assurer sa mise en œuvre<sup>(258)</sup>.

Siegel (2002)<sup>(204)</sup> a effectué une analyse de l'efficacité de cinq programmes écologiques de contrôle du tabagisme réalisés aux États-Unis (Californie, Massachusetts, Arizona, Orégon et Floride) en examinant le processus d'implantation de chacun des programmes et les résultats obtenus. Au terme de cette analyse, les éléments explicatifs du succès de ces programmes ont été dégagés :

- ▶ Les campagnes médiatiques agressives ont représenté la composante la plus critique de l'efficacité des programmes nationaux de contrôle du tabagisme. Selon Siegel (2002)<sup>(204)</sup>, elles peuvent constituer le noyau central autour duquel pourront se greffer les autres volets essentiels des programmes nationaux.
- ▶ L'intervention locale a également constitué une composante essentielle des programmes de contrôle du tabagisme. Avec les campagnes médiatiques, la promotion de politiques locales pour un air intérieur sans fumée dans tous les lieux publics devrait être considérée comme une cible spécifique cruciale des programmes de contrôle du tabagisme.

- ▶ L'expérience des cinq États américains a aussi démontré que l'efficacité des programmes nationaux de contrôle du tabagisme dépend d'une implantation intense et agressive. Ainsi, non seulement le niveau total de financement est critique pour le succès des programmes mais l'étendue des activités est également décisive.
- ▶ Enfin, Siegel (2002)<sup>(204)</sup> rappelle que les réactions de l'industrie du tabac à des interventions efficaces des programmes de lutte au tabagisme sont vives et prévisibles. La réponse des cigarettiers inclut notamment des efforts importants pour que les montants alloués au contrôle du tabac soient réduits. Pour protéger avec succès le financement des programmes de contrôle du tabagisme, les administrateurs des programmes doivent être imputables de leurs actions. Par ailleurs, un ensemble de mesures pour contrecarrer les diverses réactions de l'industrie du tabac doit faire partie intégrante des programmes nationaux de contrôle du tabagisme.

## 6.5 POPULATIONS À REJOINDRE

Les expériences de l'Arizona, de la Floride et de la Californie<sup>(214,253,259)</sup> que nous décrivons dans les prochains paragraphes montrent qu'un programme équilibré, s'adressant à la fois aux adultes et aux adolescents, est nécessaire pour produire des résultats positifs auprès de ces deux groupes et augmenter les chances de disposer d'un programme durable et plus efficace<sup>(29)</sup>.

En 1994, l'Arizona a voté une augmentation de la taxe sur les cigarettes pour qu'une part des revenus finance un programme écologique de contrôle du tabagisme. De 1994 à 1997, le gouverneur de l'État, hostile au programme, a embauché trois lobbyistes du tabac au sein du comité chargé de recommander les activités à mettre en place. Le lobby et les membres protabac du comité ont conduit le département de la santé, administrateur du programme, à en restreindre sérieusement la portée. Ainsi, pendant cette période, le programme n'a pu cibler que les femmes enceintes pour les activités de cessation et les enfants pour la prévention. Tout programme visant à la fois les enfants et les adultes a été contrecarré. Par ailleurs, le programme ne devait ni attaquer l'industrie du tabac, ni mettre l'accent sur la fumée de tabac dans l'environnement et la composante d'évaluation n'a obtenu que très peu d'attention<sup>(154,260)</sup>. C'est dans ce contexte qu'une campagne médiatique a été lancée en 1996.

La campagne médiatique de 1996 à 1998 a été évaluée par enquête téléphonique deux ans et demi après son lancement. Parmi les répondants fumeurs au début de la campagne, 27 % des jeunes ont indiqué que cette opération les avait persuadés d'arrêter de fumer. Toutefois, 23 % des jeunes ont aussi rapporté que la campagne les avait convaincus d'augmenter leur consommation de cigarettes. Cummings et Clarke<sup>(214,p.392)</sup> (1998) ont noté que ces effets inattendus représentaient la réaction négative des jeunes à une campagne étroite qui leur était adressée, sans message visant à changer les normes sociales de façon plus large. Pour ces chercheurs, une campagne médiatique orientée uniquement sur la prévention chez les jeunes n'est pas susceptible d'être efficace et peut même être contre productive<sup>(214)</sup>.

Le règlement judiciaire intervenu en février 1998 entre l'industrie du tabac et la Floride, a posé de nombreuses restrictions aux compagnies de tabac mais a imposé également des conditions précises à la Floride. Ainsi, avec l'argent du règlement, la Floride n'a pu intervenir initialement qu'auprès des jeunes<sup>(261)</sup>. Un programme intensif incorporant plusieurs éléments recommandés par les « pratiques exemplaires » des CDC a alors été implanté. Contrairement à l'Arizona, la Floride a mis en place un programme intensif comprenant cinq composantes interreliées :

l'éducation, le démarketing, des activités avec la communauté, la réglementation, et l'évaluation. Ce programme à multifacettes, solidement financé, a donné lieu à des réductions spectaculaires des taux de tabagisme juvénile entre 1998 - année de référence - et 2000. Le programme de la Floride a permis d'établir que les interventions ciblant les jeunes pouvaient être efficaces. Cependant en ne visant que les jeunes, la Floride n'a pu obtenir, sur l'ensemble de la population, l'impact qui aurait découlé d'un programme cherchant à atteindre tous les groupes d'âge. Les résultats du programme initial ont en effet montré que les taux de tabagisme chez les adultes n'avaient pas décliné<sup>(253)</sup>.

En 1989, avec une part des revenus provenant des taxes sur le tabac, la Californie a instauré un programme écologique de contrôle du tabac sans restriction préalable à l'égard des populations à rejoindre. Les mesures mises en place ont donné des résultats rapides et concluants tant auprès des jeunes qu'auprès des adultes. Devant de tels résultats, l'industrie du tabac a réagi vivement et vigoureusement avec l'aide d'intermédiaires. Ils ont affaibli le programme en diminuant les budgets et en remplaçant les actions efficaces par des activités que l'industrie considérait acceptables. Ainsi, la campagne média qui portait au départ sur les pratiques de l'industrie du tabac et éduquait le public sur la dépendance à la nicotine et sur la fumée de tabac dans l'environnement, a été suspendue pour donner place à des messages sur les risques à la santé s'adressant aux enfants et aux femmes enceintes<sup>(255,259)</sup>. L'affaiblissement de la campagne média au niveau de son contenu et de son intensité a été associé à la fin de la baisse de la consommation de tabac en Californie. Glantz et Balbach (2000)<sup>(259)</sup>, après une analyse approfondie de la mise en œuvre du programme californien de contrôle du tabagisme, ont confirmé que cet arrêt des progrès au niveau de la consommation de tabac s'est produit lorsque le programme a été réduit et édulcoré et que l'attention a été détournée vers les enfants notamment sur la question de l'accès au produit.

Plusieurs leçons ont été tirées de l'expérience acquise en Arizona, en Floride et en Californie dans la lutte contre le tabagisme quant aux populations à cibler. Aguinaga, Bialous et Glantz (1999)<sup>(260)</sup> dans une étude de l'implantation initiale du programme de l'Arizona, indiquent que bien qu'il soit important de réduire le taux de tabagisme des femmes enceintes, seule une faible proportion de femmes sont enceintes à un temps donné. C'est pourquoi, les messages véhiculés dans les médias, quoique pertinents pour les femmes visées, ne rejoignent qu'un auditoire fort limité ce qui constitue une utilisation non efficiente des mass médias. Par ailleurs, bien que la prévention constitue un élément important de tout programme de contrôle du tabagisme, concentrer les efforts uniquement sur les jeunes renforce le message de l'industrie à savoir que fumer est une affaire d'adulte. De fait, en présentant la cigarette comme une façon de pénétrer le monde adulte et de surcroît comme une activité de plaisir illicite, les compagnies de tabac encouragent l'initiation au tabagisme chez les jeunes. L'absence d'interventions concourantes auprès des adultes laisse supposer qu'il n'y a rien d'anormal à ce que les cigarettiers continuent à promouvoir et à vendre leur produit<sup>(260,262)</sup>. Ainsi, des actions tant auprès des jeunes que des adultes s'avèrent nécessaires.

Les données colligées en Californie ont démontré que ce ne sont pas les adolescents qui doivent être le point de mire des programmes de contrôle du tabagisme mais bien les jeunes adultes de 18 à 24 ans qui sont les plus réceptifs aux messages antitabac. Ne pas rejoindre ce groupe empêche un programme de contrôle du tabagisme de maximiser ses effets. Les jeunes adultes constituent en outre des modèles importants pour les adolescents. Ainsi, réduire le tabagisme des premiers, peut être la façon la plus efficace de rejoindre les seconds<sup>(263)</sup>.

Pour Glantz (1996)<sup>(154)</sup> et Myers (1999)<sup>(264)</sup>, le meilleur moyen d'empêcher les enfants de fumer est de réduire la consommation de tabac à l'échelle de toute la population. Ce faisant, un message clair est transmis aux enfants à propos des normes sociales. Il sera en outre plus facile de décourager les jeunes de commencer à fumer si moins d'adultes fument. Puisque le tabagisme affecte des individus de tous âges et la société dans son ensemble, la façon de s'y attaquer doit en faire autant. Un programme efficace a recours à des thèmes et des tactiques conçus en ayant à la fois les adultes et les enfants à l'esprit. Le message véhiculé ne devrait d'ailleurs pas être « nous ne voulons pas que les enfants fument » mais bien « nous voulons une société sans tabac ».

## 6.6 COORDINATION

Le bureau régional de l'Europe dans son troisième plan d'action pour une Europe sans tabac 1997-2001<sup>(265)</sup>, fournit des informations très précises quant à la coordination des programmes de lutte contre le tabagisme. Il indique que pour agir efficacement, il est nécessaire que chaque pays institue un comité de coordination chargé d'élaborer et de mettre en œuvre un plan écologique de lutte antitabac comprenant des objectifs et un calendrier d'application précis. Il précise, d'autre part, que le ministère de la Santé devrait faire office de secrétariat. Enfin, il souligne que le comité de coordination devrait être intersectoriel et comprendre des représentants des ministères intéressés (y compris les ministères des finances et de la justice), d'autres instances gouvernementales, des médias, d'organisations non-gouvernementales (y compris celles spécialisées dans la lutte contre le cancer), d'associations de médecins, d'infirmières, de pharmaciens et d'autres professions de la santé, ainsi que des juristes, des éducateurs et des dirigeants religieux.

Contrairement à l'Europe, les États-Unis ont consacré beaucoup d'efforts à mobiliser leurs communautés vers des actions convergentes autour de buts communs, et ce, dès le début des années 80. En 1985, un sommet international rassemblant les chefs de file en contrôle du tabagisme s'est tenu à Washington et a conduit à la production et la publication d'un ouvrage sur la construction de coalition et de réseaux. Ainsi, en 1989, des coalitions pour réduire le tabagisme ont été formées dans presque tous les États américains. Durant les années 90, des programmes financés au niveau national et un projet de recherche fédéral ont servi à soutenir la mise en place d'une infrastructure de coordination de la lutte antitabac par l'intermédiaire des départements de la santé des États et des coalitions locales. Les subventions ont également servi au développement, par ces organismes, de programmes coordonnés de réduction du tabagisme similaires à ceux mis en place en Californie et au Massachusetts. Bien que le gouvernement fédéral intervienne au niveau des règlements, de la surveillance, de la recherche et des services, le leadership du contrôle du tabagisme aux États-Unis provient essentiellement des États et des municipalités<sup>(7,35)</sup>.

Pour les CDC<sup>31</sup> des États-Unis, « un programme antitabac efficace exige une solide structure de gestion pour faciliter la coordination des composantes du programme, l'intervention de multiples organismes étatiques (i.e. santé, éducation, application des lois) et de paliers d'administration locale, ainsi que les partenariats avec les organismes bénévoles de santé et les groupes communautaires. De plus, des systèmes d'administration et de gestion s'imposent pour produire et veiller à l'exécution des contrats et assurer la surveillance tant des finances que du programme ». C'est pourquoi, les experts recommandent de consacrer 5 % des ressources du programme écologique de contrôle du tabagisme à l'établissement de structures adéquatement dotées en personnel et autres ressources pour l'administration et la gestion du programme<sup>(6)</sup>.

---

<sup>31</sup> En français (traduction libre) : Centers for disease control and prevention.

## 6.7 FINANCEMENT

Selon les CDC (1999)<sup>(6)</sup> deux paramètres déterminent le financement nécessaire pour implanter un programme écologique de réduction du tabagisme. Il importe, d'une part, de considérer les caractéristiques de la population de l'état, telles que les facteurs démographiques, la prévalence du tabagisme, etc. Le financement dépend, d'autre part, de l'atteinte d'un certain seuil dans l'implantation d'activités pour chaque volet du programme, un niveau critique étant nécessaire pour garantir l'efficacité des interventions<sup>(6)</sup>. Ainsi, si les stratégies démontrées efficaces étaient entièrement implantées avec un budget adéquat, on estime que les taux de tabagisme pourraient diminuer de moitié entre 2000 et 2010<sup>(253,p.5)</sup>.

En se basant sur les « pratiques exemplaires » des CDC, les coûts approximatifs pour implanter toutes les composantes recommandées<sup>32</sup> d'un programme écologique de contrôle du tabagisme ont été évalués selon la population de l'État, au montant suivant<sup>(6)</sup> :

- ▶ de 7 à 20 \$ US par personne pour les petits États dont la population est inférieure à 3 millions;
- ▶ de 6 à 17 \$ US par personne pour les États de taille moyenne dont la population se situe entre 3 et 7 millions;
- ▶ de 5 à 16 \$ US par personne pour les grands États dont la population est supérieure à 7 millions.

Appliquées à la province de Québec, les « pratiques exemplaires » des CDC suggèrent un financement annuel de l'ordre de 64 à 178 millions de dollars soit un montant de 8,67 \$ CA à 24,15 \$ CA par habitant par an<sup>(220)</sup>. Compte tenu des différences d'environnement sociopolitique et de politiques de contrôle du tabagisme entre le Québec et les États-Unis, extrapoler les données américaines au contexte québécois doit être considéré avec circonspection. Studlar (2002)<sup>(266)</sup> indique par ailleurs que les dépenses consacrées au contrôle du tabagisme par les États américains représentent dans l'ensemble 60 % du minimum recommandé par les CDC. Seuls, sept États américains rencontrent ou excèdent le minimum recommandé (Arizona, Indiana, Maine, Massachusetts, Mississippi, Ohio et Vermont).

Sur la base des programmes écologiques du tabagisme mis en place dans plusieurs États, les CDC proposent une répartition des budgets entre les diverses composantes de ces programmes. Cette répartition, qui peut servir de repère aux gestionnaires, est la suivante :

|                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| Programmes communautaires           | 15 % |
| Programmes scolaires                | 12 % |
| Application de la réglementation    | 6 %  |
| Programmes de subventions des États | 7 %  |
| Programmes de contremarketing       | 20 % |
| Programmes de cessation             | 25 % |
| Surveillance et évaluation          | 10 % |
| Administration et gestion           | 5 %  |

<sup>32</sup> La programmation complète de lutte contre le tabac recommandée par « les pratiques exemplaires » des CDC doit comprendre les 9 éléments suivants : 1- Des programmes communautaires pour réduire l'usage du tabac; 2- Des programmes spécifiques de prévention des maladies chroniques reliées au tabagisme; 3- Des programmes scolaires; 4- De la réglementation; 5- Des programmes à l'échelle de l'état; 6- Du démarketing; 7- Des programmes de cessation; 8- De la surveillance et de l'évaluation; 9- L'administration et la gestion du programme.

Pour financer les programmes écologiques de lutte au tabagisme, le bureau régional de l'Europe propose aux États membres d'utiliser une partie des taxes sur le tabac ou d'effectuer un prélèvement spécial sur les produits dérivés du tabac<sup>(265)</sup>. Aux États-Unis, la plupart des programmes ont été financés par une augmentation intentionnelle du prix réel des cigarettes, réservant une partie de la hausse aux programmes de lutte antitabac. Des programmes ont également été financés par l'argent de règlements judiciaires intervenus entre les États et les compagnies de tabac. Les programmes financés à même les règlements judiciaires peuvent être accompagnés ou non d'une hausse du prix des cigarettes.

## 6.8 SUIVI ET ÉVALUATION

D'après le rapport du Surgeon General des États-Unis<sup>(7)</sup>, l'évaluation des interventions à composantes multiples pose un problème particulier : la nature et la complexité de ces interventions ne cadrent pas, en effet, avec les modèles de recherche bien définis, contrôlés, et présumément reproductibles qui conviennent mieux aux évaluations épidémiologiques. Néanmoins, des données de surveillance, des enquêtes périodiques et d'autres données administratives sur de multiples sites permettent l'évaluation rigoureuse de ces interventions. Traditionnellement, les données de consommation par personne, les enquêtes de prévalence chez les adultes et les enquêtes sur les comportements tabagiques chez les jeunes ont constitué le cœur de l'approche de surveillance. Récemment, une palette plus large de données se rapportant à la législation, l'économie, les médias et les programmes a permis d'améliorer la surveillance des environnements sociaux qui influencent la consommation des produits du tabac.

Pour Wakefield et Chaloupka (1999)<sup>(145)</sup>, l'évaluation d'un programme écologique de réduction du tabagisme doit d'abord comprendre des mesures d'ensemble se rapportant au programme. Ainsi, le niveau réel d'implantation pour chaque composante du programme de contrôle doit être établi. De même, il importe de connaître les sommes d'argent allouées aux diverses composantes et de savoir si elles ont été dépensées comme prévues. L'investissement consenti et le degré d'implantation permettront de situer les changements qu'il est possible d'anticiper à l'aide des indicateurs. La publicité et les stratégies de promotion utilisées par les compagnies de tabac pour encourager le tabagisme de même que les sommes d'argent qu'elles y consacrent doivent également faire l'objet de surveillance. Ces informations permettent de comparer l'influence exercée par les forces pro et antitabac sur le comportement tabagique<sup>(18)</sup> et peuvent constituer une explication à des succès moins importants que prévus<sup>(267)</sup>.

Deux mesures sont généralement utilisées pour évaluer l'impact des programmes de contrôle du tabagisme sur la réduction du tabagisme soit, le calcul de la prévalence du tabagisme et de la consommation de cigarettes. Ces deux mesures présentent pourtant des limites sérieuses au niveau méthodologique. Bien qu'estimer la prévalence des jeunes qui ont fumé le mois précédent pose notamment un problème de fiabilité dans la réplication des mesures, le National Cancer Institute des États-Unis conserve cette mesure comme un standard pour permettre des comparaisons entre les études<sup>(268)</sup>. Comme pour la prévalence, les statistiques de consommation de cigarettes présentent aussi des limites<sup>(268,p.21)</sup>. Ces limites et les défis importants associés à l'évaluation de programmes à multiples composantes mettent en exergue l'importance de choisir une stratégie d'évaluation comportant différents indicateurs intermédiaires pour suivre les effets des programmes de contrôle du tabagisme<sup>(7,267,269,270)</sup>. Par exemple, les données récentes de la Floride indiquent que les attitudes des jeunes envers les techniques de marketing des compagnies de tabac constituent un des prédicteurs les plus importants de l'initiation du tabagisme.

L'évaluation et le suivi d'un programme de lutte devraient tenir compte des processus d'acquisition et d'abandon du tabagisme et couvrir les déterminants de l'usage des produits du tabac et de l'exposition à la fumée secondaire<sup>(145)</sup>. Il convient, d'autre part, de couvrir l'action gouvernementale ou non gouvernementale menée aux différents échelons provinciaux, régional et local<sup>(265)</sup>. Pour ce faire, les CDC des États-Unis recommandent d'allouer annuellement 10 % du budget global du programme, à son suivi et à son évaluation<sup>(6)</sup>.

Selon Jacobson, Lantz et coll. (2001)<sup>(29)</sup>, une raison expliquant le manque d'évaluation de plusieurs programmes réside dans le fait qu'ils sont développés et implantés par des groupes qui n'ont pas suffisamment de connaissances pour savoir comment mener une évaluation. À cela s'ajoute le fait que l'évaluation ne compte souvent pas parmi les conditions requises pour obtenir un financement. Ainsi, à l'instar des grands organismes subventionnaires privés, les gouvernements qui financent des programmes de contrôle du tabac devraient exiger la présence d'une composante d'évaluation dans tout programme de démonstration. Cela suppose que de la formation soit disponible pour les organisations locales qui reçoivent des subventions pour qu'elles apprennent comment conduire une évaluation. L'existence de groupes de recherche spécialisés dans le domaine du tabagisme constituerait une ressource précieuse dans ce contexte. Transférer la technologie, les habilités et les connaissances aux groupes locaux et régionaux est une importante façon d'encourager leur implication et d'aider ces derniers à évaluer les résultats de leurs efforts.

Tel que le souligne le Comité d'experts sur la relance de la lutte contre le tabagisme de l'Ontario<sup>(258)</sup>, la clé du succès des programmes mis sur pied notamment en Californie et au Massachusetts a résidé dans leurs éléments de suivi et d'évaluation polyvalents et bien financés. Pour ce faire, ces États ont passé des contrats avec les universités de leur territoire et d'autres organismes indépendants. En Californie, le programme de contrôle du tabagisme s'est doté de son propre groupe de recherche. Ainsi, dans chacun des cas, une structure de recherche et un plan de suivi et d'évaluation ont été établis dès la planification des programmes. De plus, la mise en œuvre des activités est rendue publique par un rapport produit annuellement.

## 6.9 EN RÉSUMÉ

Les programmes écologiques de contrôle du tabagisme de longue durée, bien coordonnés et suffisamment financés, constituent la voie la plus efficace pour réduire le tabagisme chez les jeunes. Ces programmes comprennent des campagnes médiatiques principalement de démarketing, des projets communautaires, des programmes scolaires, des services de cessation, des politiques antitabac et de la réglementation de même qu'un programme de recherche et d'évaluation.

Malgré les différences observées entre les programmes mis en place dans différents États américains, plusieurs études scientifiques ont démontré l'efficacité des programmes écologiques. Cibler les adultes et les jeunes permet d'obtenir des résultats positifs auprès des deux groupes. Toutefois, pour maximiser les effets du programme auprès des jeunes, il est recommandé de rejoindre en priorité les jeunes adultes de 18 à 24 ans.

Une solide infrastructure de coordination est fortement recommandée par les experts, de même qu'un financement suffisant et récurrent. Enfin, les experts recommandent qu'une structure de recherche et un plan de suivi et d'évaluation soient établis dès la planification de la programmation et que des rapports, à intervalles réguliers, rendent compte des réalisations pour toutes les facettes du programme écologique de contrôle du tabagisme.

## **7 LA PRÉVENTION DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES : PRINCIPAUX CONSTATS**

Le tabagisme, malgré une baisse encourageante chez les élèves du secondaire au cours des dernières années, touche encore un nombre important de jeunes au Québec. Ainsi, les données de 2000-2001 indiquent que 34 % des jeunes de 15 à 19 ans fument. De plus, par rapport aux jeunes du reste du Canada, les jeunes au Québec fument dans une proportion nettement plus élevée. Tel que décrit dans le premier chapitre, le tabagisme des jeunes dépend de facteurs individuels mais plus encore des diverses facettes de l'environnement social dans lequel ils évoluent. Des programmes écologiques de contrôle du tabagisme qui combinent plusieurs types d'intervention sont donc recommandés à la fois pour contrecarrer l'influence de l'industrie et les autres facteurs qui favorisent le tabagisme, et pour créer des conditions favorables à une vie sans tabac.

### **► Des preuves généralement solides permettent d'identifier des interventions efficaces**

Cette recension des écrits scientifiques montre qu'il y a une abondance de preuves provenant des recherches qui évaluent l'impact des différentes interventions sur l'usage du tabagisme chez les jeunes. Cependant, les données scientifiques sur l'efficacité des interventions, dispersées dans de nombreuses sources, sont parfois contradictoires et confuses, ce qui rend les décisions de programmation plus difficiles et énergivores.

Par ailleurs, malgré le nombre important d'écrits scientifiques sur le tabagisme, plusieurs questions pertinentes demeurent encore sans réponse et un certain nombre de controverses divisent toujours les experts. La très grande majorité des évaluations de programmes de prévention du tabagisme ne permettent pas d'estimer l'efficacité relative de chacune des composantes de ces programmes. Ceci limite la précision des recommandations qui en découlent. L'évaluation de nombreuses mesures de lutte au tabagisme, que ce soit les mesures légales, fiscales ou les grandes campagnes médiatiques, s'appuie sur des devis de recherche différents de ceux utilisés dans les essais cliniques randomisés. Ces devis ne permettent pas de contrôler aussi bien tous les biais potentiels. Les conclusions qui en découlent doivent donc être interprétées avec prudence. Finalement, la rareté des évaluations à long terme et les incertitudes reliées à la généralisation d'études menées auprès de populations très différentes d'un point de vue culturel ou socio-économique, représentent d'autres difficultés dont il faut tenir compte dans l'interprétation des résultats.

Malgré ces limites, l'accumulation de preuves concernant l'efficacité d'une variété d'interventions de contrôle du tabagisme chez les jeunes est indéniable. La baisse du tabagisme dans la population générale et chez les jeunes, observée récemment dans plusieurs États américains et provinces canadiennes, démontre clairement l'efficacité des interventions de contrôle du tabagisme. L'analyse des écrits scientifiques, couplée à l'expérience de santé publique acquise depuis plus de 30 ans dans la lutte au tabagisme, permet sans aucun doute, de formuler des recommandations fondées sur des bases suffisamment solides, autant scientifiques que pratiques.

Le tableau présenté à l'annexe 12 fournit une synthèse des données scientifiques disponibles sur l'efficacité des grandes stratégies d'interventions que nous avons examinées soit : 1) les interventions en milieu scolaire dans lesquelles nous avons inclus les interventions dans les classes, les politiques et la participation des parents et des jeunes; 2) la législation, les règlements et la fiscalité; 3) le démarketing des produits du tabac en tant que mesure principale de contremarketing et 4) les interventions communautaires. Les preuves de l'efficacité des programmes écologiques qui comprennent ces quatre grands champs d'intervention sont décrites en dernier lieu.

Dans les prochains paragraphes, les principaux éléments des interventions de contrôle du tabagisme qui ont été analysés dans cet avis sont présentés.

► **Les programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire devraient combiner des mesures éducatives et environnementales**

Depuis des décennies, les programmes en milieu scolaire ont constitué l'élément principal des programmes de contrôle du tabagisme chez les jeunes<sup>(17,65)</sup>. À cet effet, les *Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction*<sup>33(40)</sup> et les *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Program*<sup>34(6)</sup> produites respectivement en 1994 et en 1999 par les CDC, constituent les documents de référence à consulter.

Le bilan des expériences réalisées depuis le début des années 1970 a démontré que la simple transmission d'informations, les tactiques ayant pour but de faire peur, les programmes mettant trop l'accent sur l'estime de soi, ceux qui sont trop brefs ou ponctuels ou encore une formation insuffisante des animateurs se soldent par des résultats nuls. La recherche a démontré d'autre part, que les curriculums scolaires basés sur le modèle des influences sociales étaient efficaces pour prévenir ou retarder l'usage du tabac chez les jeunes à court terme. Pour obtenir des effets à long terme, les experts recommandent que des actions au niveau de l'environnement scolaire (parents, politique antitabac complète comprenant l'interdiction de fumer dans la cour d'école et sur les terrains adjacents) et l'environnement social des jeunes (campagne médiatique et actions communautaires) accompagnent le programme donné en classe. La preuve de l'efficacité des interventions sur les influences sociales combinées à des initiatives multimodales n'a cependant pas encore été établie. Toutefois, l'importance d'un environnement antitabac venant appuyer les interventions scolaires a été clairement démontrée dans les études récentes de Frohlich, Potvin et coll. (2002)<sup>(250,251)</sup>. Les résultats des entrevues auprès des préadolescents et préadolescentes ont indiqué que les jeunes comprenaient très bien ce qui se passe au regard du tabagisme dans leur milieu de vie, y compris les contradictions. Ils ont montré d'autre part, que les pratiques tabagiques des jeunes étaient essentiellement déterminées par les contraintes et les opportunités présentes dans leur environnement. Il apparaît donc clairement que pour augmenter la portée des messages transmis en classe, il faut qu'ils s'insèrent dans un environnement cohérent<sup>(7)</sup>.

L'essentiel de la recherche sur les curriculums scolaires a été réalisé auprès des élèves du secondaire. La présence d'effets observables uniquement à court terme<sup>(47)</sup> et les difficultés d'implantation auprès des acteurs scolaires<sup>(29)</sup> imposent la prudence. Ainsi, l'Institute of Medicine des États-Unis<sup>(255)</sup> conseille d'agir avec discernement, les interventions dans les classes pouvant consommer des ressources considérables tout en produisant peu d'effets. Reid (1999)<sup>(271)</sup> fait

---

<sup>33</sup> En français (traduction libre) : Lignes directrices pour les programmes de santé en milieu scolaire en vue de prévenir l'usage du tabac et la dépendance.

<sup>34</sup> En français (traduction libre) : Pratiques exemplaires pour les programmes écologiques de contrôle du tabagisme.

valoir que les interventions éducatives complexes imposent des demandes irréalistes sur l'horaire des professeurs et par conséquent, ne peuvent être maintenues à long terme. L'expérience américaine démontre par ailleurs que même l'obligation d'un curriculum prédéterminé en classe ne résout pas les problèmes d'implantation, les professeurs ne consacrant pas le temps requis à ce problème jugé non prioritaire. Thomas (2002)<sup>(47)</sup> conclut que la décision d'implanter un programme de prévention du tabagisme en milieu scolaire doit être basée non seulement sur la preuve de son efficacité mais également sur les coûts de son implantation. À cet effet, Warner, Jacobson et Kaufman (2003)<sup>(272)</sup> soulignent que sans l'injection substantielle de ressources et l'engagement réel des administrations scolaires, l'intervention éducative dans les classes n'est pas susceptible de diminuer le tabagisme des jeunes de façon significative.

La recherche en prévention du tabagisme menée spécifiquement au primaire est limitée et insuffisante pour établir le contenu à transmettre aux élèves du primaire. Les résultats négatifs ou nuls mis en évidence dans des études réalisées dernièrement au Québec au niveau primaire<sup>(67,68)</sup>, appuient la recommandation de ne pas intervenir dans les classes de 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> année du niveau primaire. En ce qui concerne la 6<sup>e</sup> année, les écrits scientifiques ne permettent pas de formuler une recommandation précise. Par conséquent, développer un volet éducatif en 6<sup>e</sup> année exigera une évaluation rigoureuse et un suivi à long terme.

Dans l'état actuel des connaissances, il est possible d'adapter au Québec un curriculum scolaire basé sur des preuves d'efficacité. Tel qu'indiqué précédemment, un curriculum inséré dans un programme de prévention scolaire plus large et visant la période de transition du primaire au secondaire pourrait constituer un choix fondé. Cependant, on devra identifier des solutions aux difficultés du maintien à long terme du curriculum en classe. Enfin, une composante rigoureuse d'évaluation d'une durée d'au moins deux ans devra valider l'intervention en classe.

► **Les politiques interdisant l'usage du tabac à l'intérieur et à l'extérieur de l'école constituent des mesures essentielles**

L'application d'une politique interdisant l'usage du tabac à l'intérieur et à l'extérieur de l'école fait partie intégrante des mesures en milieu scolaire recommandées par les experts des CDC depuis 1994<sup>(40)</sup>. Ces recommandations sont appuyées par plusieurs recherches menées dans les écoles secondaires et les collèges qui montrent des effets positifs sur la consommation et la prévalence du tabagisme chez les jeunes. Un travail nécessaire de sensibilisation, d'information, de formation auprès des professeurs, des directeurs, des commissions scolaires, des parents et des politiciens, pourrait être réalisé dès à présent pour que ces acteurs adhèrent à un milieu scolaire exempt de tabac et agissent en ce sens.

► **L'implication des parents peut optimiser les actions antitabac à l'école mais exige des efforts importants de mobilisation**

Les règles que les parents établissent à la maison, leur statut tabagique, leur réprobation face au tabagisme éventuel de leurs enfants, de même que les échanges qu'ils ont avec eux sont autant de facteurs qui influencent le tabagisme des jeunes. C'est pourquoi, intervenir auprès des parents est très largement préconisé. Jusqu'à maintenant, ces derniers ont été essentiellement rejoints par le biais des programmes de prévention en milieu scolaire.

L'efficacité des interventions auprès des parents sur le tabagisme des jeunes n'a été évaluée qu'indirectement à travers l'impact final de programmes de prévention dans lesquels les activités auprès des parents constituaient un volet principal. Ces activités auraient contribué à améliorer les effets des autres actions menées à l'école. Les recherches ont montré par ailleurs que les parents s'impliquaient davantage dans des interventions courtes à la maison plutôt que des activités à l'école ou ailleurs.

► **L'engagement des jeunes dans des actions antitabac est une stratégie novatrice et prometteuse**

Tout comme pour les parents, l'implication des jeunes a généralement été examinée sous l'angle des interventions en milieu scolaire. Dans ce contexte, les recherches ont indiqué qu'impliquer les élèves « leaders » dans la transmission du curriculum scolaire peut améliorer l'efficacité de l'intervention.

Le succès retentissant du programme de contrôle du tabagisme de la Floride souligne l'importance de l'implication des jeunes dans la communauté. Dans le cadre de ce programme, les intervenants ont accordé une priorité à ce que les jeunes réalisent des actions contre les tactiques employées par les compagnies de tabac. Les jeunes ont reçu une formation pour améliorer leurs habilités à intervenir dans la communauté et pour utiliser les médias. Depuis l'expérience de la Floride, développer le militantisme chez les jeunes est mis de l'avant par un nombre de plus en plus important d'États américains. Près de la moitié de ces États ont constitué des groupes de jeunes qui sont formés pour intervenir publiquement contre le marketing de l'industrie du tabac. L'action de ces groupes vise à changer les normes entourant le tabagisme à travers l'influence entre pairs et à l'aide de diverses activités dont plusieurs sont médiatisées. L'impact potentiel de ce type d'implication des jeunes devrait faire l'objet d'évaluation dans les prochaines années. Transmettre aux jeunes de l'information sur les pratiques des compagnies de tabac et les former davantage pour les habiliter à intervenir plus efficacement dans la communauté demeurent cependant des avenues à examiner dès maintenant.

► **Des lois et des règlements créant un environnement hostile à l'usage du tabac sont nécessaires**

Dans le domaine des lois et règlements, peu de recherches ont été menées sur l'efficacité des mesures législatives et réglementaires à diminuer l'usage du tabac chez les jeunes. En ce qui concerne la publicité, on ne dispose que de quelques recherches démontrant l'efficacité d'une interdiction complète de la publicité sur le tabagisme des adolescents. Cependant, le nombre important et varié d'études sur l'influence de la publicité et de la promotion des produits du tabac chez les jeunes démontre la pertinence de limiter sévèrement toute forme de marketing du tabac directe ou indirecte pouvant les toucher.

En ce qui concerne la restriction de l'usage du tabac, les quelques études menées auprès des jeunes ont montré que l'interdiction de l'usage du tabac, particulièrement dans les cours et sur les terrains de l'école étaient efficaces pour réduire le tabagisme juvénile. L'efficacité des restrictions de l'usage du tabac dans les lieux publics a surtout été démontrée à l'aide d'études réalisées auprès d'adultes. Les experts soulignent que ces restrictions jouent un rôle essentiel dans le changement et le façonnement de normes sociales défavorables au tabagisme. En plus de diminuer l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement, les restrictions de l'usage du tabac encouragent les fumeurs à cesser de fumer et incitent les non-fumeurs à ne pas

commencer. C'est pourquoi, ces mesures législatives sont fortement et clairement recommandées par les experts pour réduire le tabagisme chez les jeunes.

Plusieurs facteurs au niveau des conditions sociopolitiques canadiennes et québécoises ont favorisé l'adoption d'un éventail important de mesures législatives qui font du Québec une province d'avant-garde à ce niveau. Ainsi, les Lois sur le tabac adoptées au Québec et au Canada, qui encadrent fortement la publicité et imposent des interdictions de fumer dans une majorité de lieux publics intérieurs, sont des acquis importants permettant aux jeunes d'évoluer dans un environnement moins propice au tabagisme. Pour contribuer davantage à créer un environnement qui décourage le tabagisme chez les jeunes, plusieurs mesures législatives décrites dans cet avis pourraient compléter avantageusement les mesures déjà existantes. Parmi ces mesures, on compte notamment l'interdiction de l'étalage des produits du tabac dans les commerces, la mise en place d'emballages neutres, l'interdiction de tout qualificatif trompeur de la marque tel que doux ou léger, et l'élargissement de l'interdiction totale de fumer dans tous les lieux publics que fréquentent les enfants, comme les centres d'achat, les arénas et les restaurants.

L'emballage et l'étalage des produits du tabac sont utilisés par les compagnies de tabac comme une forme de publicité et comme moyen de faire valoir l'image de la marque. Jusqu'à présent, cependant, toute initiative visant à encadrer ces stratégies de marketing par une législation a été freinée par l'opposition énergique des cigarettiers et par les poursuites judiciaires qu'ils ont intentées<sup>(140,273)</sup>.

Jusqu'à maintenant, une partie importante de la recherche sur la réglementation s'appliquant spécifiquement aux jeunes a porté sur la restriction de l'accès des produits aux mineurs, en particulier sur la vente des produits du tabac aux mineurs. Les recherches montrent que deux conditions critiques doivent être remplies pour que cette interdiction puisse avoir un impact sur le tabagisme des jeunes. Il faut que la très grande majorité des détaillants respectent la loi et que les jeunes ne puissent pas se tourner vers d'autres sources d'approvisionnement (parents, amis, etc.) ce qui exige la mobilisation de la communauté. Quelques recherches ont démontré que ces conditions avaient pu être remplies dans de petites communautés locales qui ont ainsi obtenus des effets positifs sur le tabagisme des jeunes. L'efficacité de la mesure à grande échelle n'a cependant pas été démontrée.

Aux États-Unis, l'adoption de réglementation restreignant l'accès des produits du tabac aux mineurs se fait au niveau des gouvernements locaux et demande beaucoup d'efforts de la part des communautés. Le nombre de règlements limitant l'accès aux produits du tabac est donc très variable d'un état à l'autre et à l'intérieur d'un état<sup>(266)</sup>. Au Québec, l'environnement législatif est uniforme. La Loi sur le tabac impose un ensemble de restrictions qui réglementent sévèrement l'accès aux produits du tabac sur tout son territoire. Ainsi, la loi interdit la vente de cigarette à l'unité, en paquet de moins de 20 unités, en libre-service, par courrier, par livraison et à distance. La vente par distributrice automatique est strictement réglementée pour limiter au maximum l'accès aux mineurs. Enfin, un marchand déclaré coupable de vente de tabac à des mineurs et qui récidive, se voit interdire la vente de tabac pour une période allant d'un mois à un an.

Les lois limitant l'accès contribuent à changer les normes sociales entourant le tabagisme et demeurent un obstacle à l'approvisionnement de cigarettes pour les adolescents. Cependant, dans le cas précis de la vente des produits du tabac aux mineurs, le nombre limité d'études démontrant l'efficacité de cette intervention et l'investissement important que le respect de ces

lois nécessitent, soulèvent une controverse sur l'importance à accorder à cette mesure dans un contexte de ressources limitées consacrées à la lutte au tabagisme. La controverse est accentuée par la présence des programmes mis de l'avant par l'industrie du tabac qui, en soulignant le caractère impératif de la loi, augmente l'attrait des produits chez les jeunes et les amènent à braver l'autorité.

Le Québec peut compter sur une équipe d'inspecteurs pour faire observer La loi sur le tabac. Bien qu'il soit indiqué de veiller à une application satisfaisante de la Loi, dans l'état actuel des connaissances, il est recommandé de ne pas consacrer d'efforts indus à l'application de cette intervention, dans la mesure où ces efforts diminueraient ceux consentis dans des interventions qui présentent un meilleur potentiel d'efficacité.

► **Le contrôle des prix par la taxation constitue un puissant moyen pour réduire l'usage du tabac chez les jeunes**

Un prix élevé des produits du tabac rend le tabagisme moins attrayant pour les adolescents dont les revenus sont limités. En décourageant le tabagisme chez les adultes, l'augmentation du prix des produits du tabac diminue aussi le nombre de fumeurs avec lesquels les jeunes sont en contact.

Une preuve scientifique robuste montre qu'un prix élevé des produits du tabac est très efficace pour réduire la prévalence de l'usage du tabac et la consommation des produits du tabac chez les adolescents et les jeunes adultes. C'est la raison pour laquelle tous les experts recommandent cette mesure.

À l'heure actuelle, la province de Québec et celle de l'Ontario sont les territoires, de toutes les provinces et États des États-Unis avoisinants, où le prix des cigarettes est le plus bas. On peut donc recommander de fortes augmentations de taxes, en concertation avec l'Ontario, sans avoir à craindre l'apparition d'une contrebande inter provinciale ou avec les États américains limitrophes.

► **Les campagnes médiatiques de démarketing permettent de contrer les tentatives de l'industrie de s'afficher comme bon citoyen corporatif**

Il est incontestable que des campagnes médiatiques bien conçues peuvent jouer un rôle important pour atteindre directement les jeunes avec des messages de prévention qui peuvent influencer leurs connaissances, leurs attitudes et leurs comportements. Les recherches actuelles confirment que les campagnes médiatiques de prévention ciblant les jeunes peuvent être efficaces auprès de ces derniers.

La littérature indique que les interventions médiatiques ont plus de chance d'avoir un impact si les conditions suivantes sont réunies : 1) les stratégies des campagnes sont basées sur des principes solides de marketing social; 2) l'effort est à grande échelle et suffisamment intense; 3) les groupes cibles sont soigneusement différenciés; 4) les messages des groupes cibles spécifiques sont basés sur une étude de leurs besoins et intérêts et 5) la campagne a une durée suffisante<sup>(29)</sup>. Par ailleurs, quoique des études aient montré qu'une campagne agressive, ciblée et bien financée peut être efficace à elle seule pour modifier le tabagisme des jeunes, la littérature indique que la synergie entre les interventions médiatiques et les programmes d'éducation scolaire et communautaire augmente les effets sur les jeunes<sup>(213)</sup>.

Bien que des campagnes médiatiques visant des jeunes aient eu du succès pour réduire la prévalence du tabagisme, il est difficile de déterminer précisément quels éléments de ces campagnes ont contribué le plus à leur efficacité. La recherche portant sur l'efficacité des campagnes médiatiques est encore jeune et doit se poursuivre. Récemment, une analyse des résultats d'évaluation des campagnes médiatiques réalisées jusqu'à maintenant a été effectuée par des chercheurs des CDC<sup>(213)</sup>. L'analyse qui a porté sur les campagnes médiatiques de huit pays et dix États américains a permis de fournir plusieurs informations utiles sur le contenu et le ton des messages de même que sur leur présentation. Ainsi, les messages les plus efficaces auprès des jeunes comportent des informations nouvelles et convaincantes sur plusieurs sujets liés au tabagisme. Des illustrations graphiques, crédibles, sur les conséquences du tabagisme sur la santé et des histoires personnelles suscitant des émotions sur la perte de sa santé et de celle des membres de sa famille, qui utilisent des témoignages, comptent parmi les stratégies les plus efficaces. Transmettre des informations sur les pratiques de l'industrie du tabac et sur les maladies et les décès causés par leurs produits, constitue un autre contenu efficace pour prévenir l'initiation du tabagisme chez les jeunes. Les messages sur l'approbation et la désapprobation sociale et sur les habiletés à refuser ont également montré du succès à réduire l'intention de fumer et la prévalence du tabagisme juvénile. Enfin, les messages sur la fumée secondaire présentent un potentiel certain chez les jeunes. Bien que les résultats de recherche soient limités, les données disponibles indiquent que les adolescents sont intéressés et influencés par les connaissances sur l'impact négatif de la fumée de tabac dans l'environnement.

La diffusion d'information sur les pratiques de l'industrie par la publicité et par d'autres moyens devrait permettre de former un public éduqué, capable de critiquer les agissements de l'industrie et ainsi être mieux en mesure de prendre des décisions éclairées sur le tabagisme.

Les campagnes médiatiques ont l'avantage de rejoindre une large proportion des publics cibles de façon relativement peu coûteuse en comparaison des programmes communautaires. Cependant les contacts interpersonnels réalisés dans ce cadre d'intervention peuvent produire des effets plus importants. Le changement des normes sociales et des comportements constitue un processus complexe qui peut nécessiter une abondance de messages provenant de sources variées, incluant les communications personnelles (souvent actualisées à travers les programmes communautaires) et les campagnes de publicité ou de démarketing.

Le choix des publics cibles à qui doivent s'adresser les campagnes médiatiques fait l'objet de débats parmi les experts du contrôle du tabagisme. À la lumière de l'analyse des campagnes médiatiques réalisées au niveau mondial, Schar et Gutierrez (2004)<sup>(213)</sup>, soulignent la pertinence de sélectionner un public très large pour dénormaliser le tabagisme. Créer un large spectre de messages ciblant la population générale communique aux jeunes que l'usage du tabac n'est recommandé à personne, adultes ou jeunes. Les programmes de contrôle du tabagisme qui disposent de ressources suffisantes pour développer des messages visant à la fois les jeunes et la population en général augmentent l'efficacité de leurs campagnes médiatiques.

#### ► **Des interventions communautaires antitabac au niveau local contribuent à orienter le choix des jeunes**

Bien que les interventions communautaires prennent une variété de formes, celles-ci ont en commun de travailler à transformer l'environnement social dans lequel les produits du tabac sont obtenus ou consommés en plus de créer un environnement favorable au non tabagisme et à la cessation. Les travaux de recherche de Frohlich, Potvin et coll.<sup>(250,251)</sup> (2002) démontrent

clairement que le contexte social et les pratiques sociales entourant le tabagisme dans le quartier dans lequel l'adolescent grandit, sont déterminants par rapport à l'initiation au tabagisme.

Aux États-Unis, la difficulté de faire adopter des lois et de faire augmenter les taxes nécessite une mobilisation importante de la population locale<sup>(266)</sup>. Ainsi, en Californie, l'interdiction de fumer dans les lieux publics s'est progressivement déployée dans tout l'État à mesure que les municipalités adoptaient des règlements à cet effet. L'augmentation du prix des produits du tabac a nécessité l'organisation de référendums dans plusieurs États. Au Québec, le contrôle du tabagisme se fait essentiellement par l'adoption de mesures législatives au niveau du gouvernement provincial plutôt que par l'adoption de règlements au niveau municipal. L'adoption des lois régissant le tabagisme nécessite l'appui d'une population sensibilisée aux effets délétères du tabac et de la fumée secondaire de tabac dans l'environnement, et préoccupée par sa santé. Bien que les interventions communautaires soient moins développées au Québec qu'aux États-Unis, celles-ci demeurent pertinentes car elles peuvent judicieusement appuyer les mesures mises de l'avant par les organismes gouvernementaux et de santé.

Malgré des données probantes très limitées quant à l'efficacité des interventions communautaires, les experts considèrent que ces interventions doivent faire partie d'un programme écologique de contrôle du tabagisme parce que les attitudes et les comportements des divers groupes de la société par rapport au tabagisme sont déterminants dans l'établissement des normes entourant le tabagisme. À cet effet, une analyse des éléments essentiels qui expliquent le succès des programmes écologiques de contrôle du tabagisme a été effectuée par des chercheurs canadiens<sup>(258)</sup> et américains<sup>(204)</sup>. Dans les deux cas, l'analyse a montré que l'intervention locale (soit les initiatives communautaires visant le public à la maison, au travail, dans les lieux récréatifs et ailleurs dans la collectivité) avait constitué une composante fondamentale des programmes.

Plusieurs communautés ont mis en place des interventions incluant diverses composantes pour influencer le tabagisme des jeunes. Les résultats sont encourageants mais peu proviennent d'études évaluatives rigoureuses<sup>(29)</sup>. L'implication active des jeunes dans des actions communautaires et dans des activités parascolaires constituent des avenues prometteuses qu'il importe de développer et d'évaluer davantage. De même, des initiatives auprès des parents doivent être encouragées pour optimiser les actions en milieu scolaire et augmenter la cohérence des messages que reçoivent les jeunes.

► **Des programmes écologiques de contrôle du tabagisme touchant des cibles multiples et associés à d'importants efforts de coordination réduisent l'usage du tabac chez les jeunes**

Les programmes écologiques de contrôle du tabagisme qui combinent des interventions législatives, fiscales, éducatives, médiatiques et communautaires et qui équilibrent les interventions qui touchent directement l'usage du tabac chez les jeunes et celles qui les touchent indirectement à travers la réduction de l'usage chez les adultes, constituent le moyen le plus efficace pour réduire le tabagisme chez les jeunes. Les résultats de recherche montrent en effet qu'un programme écologique bien implanté et financé produit une baisse importante de la consommation de cigarette par habitant et de la prévalence du tabagisme à la fois chez les jeunes et chez les adultes<sup>(204)</sup>. L'ampleur de la réduction du tabagisme dans la population générale dépend de l'intensité des efforts de contrôle du tabagisme telle que mesurée par son niveau de financement<sup>(255)</sup>. À l'heure actuelle, la recherche ne permet pas de préciser quelle

combinaison d'interventions est la plus efficace. Cependant, on peut observer que les interventions se complètent et se renforcent les unes par rapport aux autres. La force principale des programmes écologiques de contrôle du tabagisme se situe au niveau de la synergie des interventions qui peut produire un plus grand impact qu'une série d'interventions séparées. Pour cela, des programmes requièrent une coordination active des organismes en cause<sup>(48)</sup>.

D'après Wakefield et Chaloupka (1999)<sup>(145)</sup>, les facteurs les plus critiques pour le succès des programmes écologiques de contrôle du tabagisme est l'étendue de l'implantation de chacune de ses composantes et la stabilité du financement. Pour protéger avec succès le financement des programmes, les administrateurs de ces programmes doivent être imputables de leurs actions. Pour ce faire, deux conditions sont nécessaires. La première est la formation d'un comité de coordination chargé d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de lutte antitabac comprenant des objectifs de résultats et un calendrier d'application précis. La deuxième est la présence d'une solide structure de gestion facilitant la coordination des composantes du programme, de l'intervention des multiples organismes publics et des paliers d'administration locale ainsi que des partenariats avec les organisations communautaires.

Enfin, le programme de contrôle du tabagisme doit comporter un volet d'évaluation couvrant l'action menée aux différents échelons provincial, régional et local et pouvant rendre compte des progrès accomplis. Pour ce faire, l'appui de groupes de recherche spécialisés dans le domaine du tabagisme est nécessaire et ce, dès la planification de la programmation.

## 8 RECOMMANDATIONS

Depuis de nombreuses années, le Québec est très actif dans le contrôle du tabagisme. Un savoir et une expérience utiles et précieux ont été acquis à travers la mise en place de mesures variées de contrôle du tabagisme, ciblant à la fois les adultes et les jeunes. La baisse du tabagisme dans la population adulte et chez les jeunes, observée récemment au Québec, doit nous encourager à poursuivre notre action sur plusieurs fronts. Les recommandations qui suivent ont été formulées à la lumière des connaissances dégagées de la recension des écrits, de la situation au Québec dans le domaine du contrôle du tabagisme et de l'analyse des principaux éléments à considérer par rapport à la valeur relative des différentes interventions.

Dans un premier temps, nous proposons aux lecteurs un ordre de priorité des mesures de contrôle du tabagisme les plus susceptibles d'avoir un impact sur le tabagisme des jeunes du Québec. Pour établir cet ordre de priorité, nous nous sommes basés sur les critères d'efficacité et de faisabilité des interventions examinées dans le présent avis et schématisés dans le tableau ci-après. Par la suite, nous présentons le détail de chacune de nos recommandations. Nous terminons le chapitre par quelques recommandations permettant de maximiser l'impact d'un programme écologique du contrôle du tabagisme pour l'ensemble du Québec. Nous souhaitons que nos propositions suscitent des échanges constructifs reliés à la détermination des futures priorités d'intervention dans la lutte contre le tabagisme au Québec.

**Tableau 5 Évaluation de la faisabilité et de la qualité de la preuve associées aux interventions recommandées**

|                                                                                                                                                                                                                      | Faisabilité* | Qualité de la preuve**      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| Augmentation des taxes                                                                                                                                                                                               | +++          | +++                         |
| Politique interdisant le tabagisme pour tous, dans la cour, sur les terrains et autour des écoles                                                                                                                    | +++          | ++                          |
| Campagnes médiatiques                                                                                                                                                                                                | ++           | +++                         |
| Amender la loi pour interdire l'usage du tabac dans tous les lieux publics intérieurs                                                                                                                                | ++           | +++ (adultes)<br>+ (jeunes) |
| Curriculum scolaire à l'intérieur d'un programme écologique de prévention en milieu scolaire                                                                                                                         | -            | +++                         |
| Programmes communautaires s'adressant aux jeunes                                                                                                                                                                     | +            | +                           |
| Amendement de la loi pour interdire <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'étalage des produits du tabac,</li> <li>– les appellations douces et légères</li> <li>– et pour exiger un emballage neutre</li> </ul> | +<br>+<br>+  | +                           |

\* Une bonne faisabilité fait référence à des efforts et à des coûts raisonnables pour l'implantation réussie de l'intervention et de son maintien à long terme.

\*\* Une preuve de qualité fait référence à des résultats de recherche provenant d'études rigoureuses et en nombre suffisant.

## **8.1 ORDRE DE PRIORITÉ PROPOSÉ DES MESURES DE CONTRÔLE DU TABAGISME À METTRE EN ŒUVRE AU QUÉBEC**

### **1. Taxes**

Augmentation des taxes avec l'objectif d'amener le prix des cigarettes au moins au même niveau que dans les régions voisines où les produits du tabac sont les plus chers.

- ▶ En concertation avec les autorités des provinces limitrophes, une politique d'augmentation des taxes devrait être mise en œuvre afin d'amener progressivement les prix de vente des produits du tabac au moins à un niveau comparable à celui des États, provinces ou villes où ces prix sont actuellement les plus élevés.
- ▶ Les taxes sur le tabac devraient être assujetties à une indexation automatique à l'inflation afin de maintenir le prix des produits du tabac à un niveau au moins égal en termes de coût réel.
- ▶ Afin d'éviter la contrebande, les efforts de concertation entre les provinces et les États américains limitrophes devraient être maintenus.

---

### **2. Politique scolaire**

Promouvoir dès maintenant la mise en place d'une politique scolaire interdisant au personnel et aux élèves, l'usage du tabac sur les terrains des écoles et étudier la faisabilité d'étendre cette interdiction aux terrains attenants des écoles primaires et secondaires. À moyen terme, promouvoir un amendement à la Loi sur le tabac du Québec afin d'y inclure ces interdictions.

- ▶ Une politique interdisant le tabagisme dans la cour, sur les terrains et autour des écoles, s'adressant aux élèves et au personnel devrait être mise en place en actualisant les mesures suivantes :
  - › sensibiliser les commissions scolaires, les écoles, les groupes de parents et autres acteurs touchés par la mise en place d'une telle politique;
  - › subventionner les organismes prêts à travailler avec les écoles sur ce dossier;
  - › élaborer le matériel requis pour appuyer les différentes étapes d'instauration d'une telle politique;
  - › rendre disponibles des services de cessation au personnel et aux élèves des écoles;
  - › réaliser des campagnes médiatiques pour appuyer cette mesure.

---

### **3. Campagnes médiatiques**

Réaliser des campagnes médiatiques provinciales, de grande intensité et de longue durée, synchronisées avec les autres interventions de lutte au tabagisme.

- ▶ L'efficacité des campagnes médiatiques devrait être optimisée en intégrant 1) le savoir des experts dans le domaine du tabagisme et dans celui du marketing et 2) la recherche formative pour guider l'élaboration des campagnes.
- ▶ Le contenu, le ton et la présentation des messages devraient être déterminées en se basant sur les résultats des recherches sur l'efficacité des campagnes médiatiques.
- ▶ Les thèmes des campagnes médiatiques qui semblent plus efficaces auprès des jeunes sont :
  - › les conséquences du tabagisme sur la santé des fumeurs à l'aide de témoignages ou de présentations visuelles réalistes;

- › les pratiques des compagnies de tabac;
- › la désapprobation sociale et les habilités à refuser;
- › les conséquences sur la santé des non-fumeurs de la fumée de tabac dans l'environnement.

---

#### **4. Mesure de contrôle de l'usage du tabac**

Amender la loi pour interdire l'usage du tabac dans **tous** les lieux publics fermés.

---

#### **5. Programme scolaire et curriculum scolaire**

Développer un programme scolaire écologique comprenant un volet éducatif démontré efficace.

Un programme de prévention du tabagisme en milieu scolaire (niveau secondaire) devrait être implanté en respectant les directives suivantes :

- ▶ Les différentes composantes du programme de prévention du tabagisme en milieu scolaire doivent inclure au minimum une politique interdisant le tabagisme à l'intérieur et à l'extérieur de l'école, des activités s'adressant aux jeunes dans et en dehors de la classe (activités parascolaires et dans la communauté), des services de cessation accessibles aux élèves et au personnel de l'école ainsi que des activités visant les parents.
- ▶ Les jeunes doivent être impliqués activement dans le développement et l'implantation des différentes facettes du programme.
- ▶ Un programme d'évaluation doit accompagner la mise en place de l'ensemble et de chaque facette du programme de prévention.

Le volet éducatif à mettre en place dans les classes devrait être déterminé à la suite de projets pilotes comportant une forte composante d'évaluation et un suivi sur une période de deux ans et plus. La démonstration de l'efficacité de l'intervention et l'identification des conditions favorisant le maintien de l'intervention à long terme, devraient précéder une implantation à grande échelle.

Selon les données scientifiques, le curriculum dans les classes devrait être implanté en suivant les directives suivantes :

- ▶ Ne pas intervenir en 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> année du primaire.
- ▶ Viser la période critique d'initiation du tabagisme soit le début du secondaire mais dans certains milieux, comme en milieu défavorisé, cette période pourrait inclure la 6<sup>e</sup> année du primaire.
- ▶ Être intensif au premier cycle du secondaire (un minimum de 5 séances par année en secondaire 1 et 2), inclure un renforcement de l'intervention au 2<sup>e</sup> cycle, et miser sur un mode d'enseignement interactif.
- ▶ Comprendre au minimum de l'information sur les conséquences sociales du tabagisme et sur les effets physiologiques à court terme, de l'information sur les influences incitant à fumer (pairs, parents, médias) et une formation sur les habilités à refuser.
- ▶ Les activités parascolaires conçues par les jeunes pour les jeunes constituent une intervention prometteuse. Il est recommandé de soutenir ces interventions et d'accorder une priorité à leur évaluation.

## **6. Programmes communautaires**

Mettre en œuvre des programmes communautaires locaux innovateurs qui incluent la participation des jeunes et des parents, avec le soutien d'experts en tabagisme.

### *Programmes communautaires*

- ▶ Réaliser des projets pilotes visant à développer le leadership et le militantisme des jeunes en offrant notamment une formation sur les pratiques des compagnies de tabac et les médias, et un encadrement adéquat pour la réalisation d'actions communautaires.
- ▶ Soutenir le développement de programmes communautaires ciblant les familles et en particulier les programmes de sensibilisation des parents au rôle important qu'ils peuvent jouer pour réduire le risque du tabagisme chez leurs adolescents.

---

## **7. Mesures de contrôle de l'étalage et de l'emballage des produits du tabac**

Évaluer la faisabilité d'amender la loi pour : 1) interdire l'étalage des produits du tabac de même que l'affichage de marques, de symboles, de couleurs et de tous produits reliés au tabac dans les points de vente accessibles aux jeunes notamment les dépanneurs et les autres commerces; 2) interdire toute appellation de produits du tabac laissant présager une diminution de risque pour la santé et 3) exiger un emballage neutre des produits du tabac.

---

## **8.2 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE PROGRAMME ÉCOLOGIQUE DE CONTRÔLE DU TABAGISME**

La combinaison des mesures fiscales, législatives, médiatiques, scolaires et communautaires à l'intérieur d'un programme écologique de contrôle du tabagisme constitue la meilleure stratégie pour réduire le tabagisme chez les jeunes. Pour que le programme produise le meilleur impact, il est recommandé que les conditions essentielles décrites ci-après soient remplies :

- ▶ Le programme écologique de contrôle du tabagisme devrait s'appuyer sur un financement satisfaisant, stable et indexé. Un seuil d'implantation minimal des activités découlant du programme doit être atteint pour optimiser l'efficacité des interventions.
- ▶ Des mécanismes provinciaux et nationaux de concertation assurant une harmonisation des différentes actions devraient être mis en place.
- ▶ Un comité de coordination intersectoriel chargé d'élaborer et de mettre en œuvre un programme écologique de contrôle du tabagisme comprenant des objectifs et un calendrier d'application précis devrait être formé.
- ▶ Un programme d'évaluation indépendant devrait être instauré afin de mesurer les progrès de sa mise en œuvre et de procéder aux ajustements nécessaires en fonction des résultats.

## RÉFÉRENCES

- (1) Mackay, J. & Eriksen, M. P. (2002). *The Tobacco Atlas*. Geneva: Switzerland: World Health Organization. Se référer au site : [http://www.who.int/tobacco/statistics/tobacco\\_atlas/en/print.html](http://www.who.int/tobacco/statistics/tobacco_atlas/en/print.html)
- (2) Organisation Mondiale de la Santé (2002). *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Se référer au site : <http://www.who.int/whr/2002/fr/>
- (3) Centers for Disease Control and Prevention (2002). Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51(14), 300-303. Se référer au site : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5114a2.htm>
- (4) Makomaski-Illing, E. M. & Kaiserman, M. J. (1999). Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions 1994 and 1996. *Chronic Disease in Canada*, 20, 111-117. Se référer au Site : [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cdic-mcc/20-3/b\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cdic-mcc/20-3/b_e.html)
- (5) Makomaski-Illing, E. M. & Kaiserman, M. J. (2004). Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1998. *Revue Canadienne de Santé publique*, 95(1), 38-44.
- (6) Centers for Disease Control and Prevention (1999). *Best practices for comprehensive tobacco control programs*. Atlanta, Ga.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Se référer au site : [http://www.cdc.gov/tobacco/research\\_data/stat\\_nat\\_data/bestprac.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/research_data/stat_nat_data/bestprac.pdf)
- (7) U.S. Dept. of Health and Human Services (2000). *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Washington, D.C.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Se référer au site : [http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr\\_2000/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2000/index.htm)
- (8) Hopkins, D. P. & Fielding, J. E. (2001). Task Force on Community Preventive Services. The guide to community preventive services: Tobacco use prevention and control. Reviews, recommendations, and expert commentary. *American Journal of Prevention Medicine*, 20(2), 1-87.
- (9) Sussman, S. (2001). School-based tobacco use prevention and cessation: where are we going? *American Journal of Health Behaviour*, 25(3), 191-199.
- (10) Vartiainen, E. (2002). *Quelle place devrait tenir la prévention du tabagisme au sein de la jeunesse dans le nouveau programme de santé publique de la commission européenne?* Éditorial. *Interaction* (bulletin du European Network on Young People and Tobacco-ENYPAT), (15) 3.
- (11) Statistique Canada (2002). *L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*. Gouvernement du Canada, Statistique Canada. Se référer au site : [http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/index\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/index_f.htm)

- (12) Santé Canada (2002). *ESUTC* (Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada). Gouvernement du Canada; Statistique Canada. Se référer au site : <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/#2002>
- (13) Pageau, M., Choinière, R., Ferland, M. & Sauvageau, Y. (2001). *Le portrait de santé : le Québec et ses régions*. Institut National de Santé Publique. Se référer au site : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/050\\_portrait\\_sante\\_2001.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/050_portrait_sante_2001.pdf)
- (14) Loiselle, J. (1999). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998*. Québec : Institut de la Statistique du Québec. Se référer au site : [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/tabac98\\_pdf.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/tabac98_pdf.htm)
- (15) Loiselle, J. (2001). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000*. Volume 1. Québec : Institut de la Statistique du Québec. Se référer au site : [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/tabac01\\_pdf.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/tabac01_pdf.htm)
- (16) Perron, B. & Loiselle, J. *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002*. Rapport d'analyse. Québec : Institut de la statistique du Québec. Se référer au site : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/tabac2002v3.htm>
- (17) U.S. Department of Health and Human Services (1994) Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General. Atlanta, Ga: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Se référer au site : [http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/C/L/Q/\\_/nnbclq.pdf](http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/C/L/Q/_/nnbclq.pdf)
- (18) Pierce, J. P., Gilpin, E. A., Emery, S. L., Farkas, A. J., Zhu, S. H., Choi, W. S. & al. (1998). *Tobacco control in California: Who's winning the war? An evaluation of the tobacco control program, 1989-1996*. La Jolla, CA: University of California, San Diego, 1998. Se référer au Site : <http://ssdc.ucsd.edu/tobacco/reports/FullReport.pdf>
- (19) DiFranza, J. R., Rigotti, N. A., McNeill, A. D., Ockene, J. K., Savageau, J. A., St Cyr, D. & al. (2000). Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tob Control*, 9(3), 313-319. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/9/3/313.pdf>
- (20) DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Rigotti, N. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., McNeill, A. D. & al. (2002). Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tob Control*, 11(3), 228-235. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/11/3/228.pdf>
- (21) O'Loughlin, J., DiFranza, J., Tyndale, R. F., Meshefedjian, G., McMillan-Davey, E., Clarke, P. B. & al. (2003). Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *Am J Prev Med*, 25(3), 219-225.
- (22) Brown, K. J., Deck, D. D. (1999). *RMC Research Corporation. Addressing adolescent tobacco use in current school-based ATOD programs: recommendations for Washington's prevention and intervention services program*. Olympia, Wash.: Office of the Superintendent of Public Instruction, 1999. Se référer au site : <http://www.rmccorp.com/Project/PIeval/Tobacco.pdf>
- (23) Tyas, S. L. & Pederson, L. L. (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob Control*, 7(4), 409-420. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/7/4/409.pdf>

- (24) Pederson, L. L., Koval, J. J., McGrady, G. A. & Tyas, S. L. (1998). The degree and type of relationship between psychosocial variables and smoking status for students in grade 8: is there a dose-response relationship? *Prev Med*, 27(3), 337-347.
- (25) Walton, R., Johnstone, E., Munafo, M., Neville, M. & Griffiths, S. (2001). Genetic clues to the molecular basis of tobacco addiction and progress towards personalized therapy. *Trends Mol Med*, 7(2), 70-76.
- (26) Tyndale, R. F. & Sellers, E. M. (2001). Variable CYP2A6-mediated nicotine metabolism alters smoking behavior and risk. *Drug Metab Dispos*, 29(4 Pt 2), 548-552. Se référer au site : <http://dmd.aspetjournals.org/cgi/reprint/29/4/548.pdf>
- (27) Eissenberg, T. & Balste, R. L. (2000). Initial tobacco use episodes in children and adolescents: current knowledge, future directions. *Drug Alcohol Depend*, 59(Suppl 1), S41-60.
- (28) Flay, B. R., Phil, D., Hu, F. B. & Richardson, J. (1998) Psychosocial predictors of different stages of cigarette smoking among high school students. *Prev Med*, 27(5 Pt 3), A9-A18.  
**Cité dans (29).**
- (29) Jacobson, P. D., Lantz, P. M., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A. & Ahlstrom, A. K. (2001). *Combating teen smoking: research and policy strategies*. Ann Arbor: University of Michigan Press. Se référer au site : [http://www.legallibraries.com/Combating\\_Teen\\_Smoking\\_Research\\_and\\_Policy\\_Strategies\\_0472067710.html](http://www.legallibraries.com/Combating_Teen_Smoking_Research_and_Policy_Strategies_0472067710.html)
- (30) McNeill, A. (2001). *Smoking and mental health: a review of the literature*. London: St George's Hospital Medical School. Se référer au site : <http://www.ash.org.uk/html/policy/menlitrev.pdf>
- (31) Wu, L. T. & Anthony, J. C. (1999). Tobacco smoking and depressed mood in late childhood and early adolescence. *Am J Public Health*, 89(12), 1837-1840.
- (32) Fleming, C. B., Kim, H., Harachi, T. W. & Catalano, R. F. (2002). Family processes for children in early elementary school as predictors of smoking initiation. *J Adolesc Health*, 30(3), 184-189.
- (33) Whalen, C. K., Jamner, L. D., Henker, B. & Delfino, R. J. (2001). Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions: evidence from surveys and electronic diaries. *Health Psychol*, 20(2), 99-111.
- (34) Parrott, A. C. (1999). Does cigarette smoking cause stress? *Am Psychol*, 54(10), 817-820.
- (35) Institute of Medicine. (1994). *Growing up tobacco free / Preventing nicotine addiction in children and youths*. A report of the Institute of Medicine. Washington, D.C: National Academy Press. Se référer au site : <http://www.nap.edu/books/0309051290/html/>
- (36) Sargent, J. D. & Dalton, M. (2001). Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics*, 108(6), 1256-1262.
- (37) Henrickson, L. & Jackson, C. (1998). Antismoking socialisation: relationship to parent and child smoking status. *Health Communication*, 10(1), 87-101.

- (38) Farkas, A. J., Gilpin, E. A., White, M. M. & Pierce, J. P. (2000). Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA*, 284(6), 717-722.
- (39) Greenlund, K. J., Johnson, C. C., Webber, L. S. & Berenson, G. S. (1997). Cigarette smoking attitudes and first use among third- through sixth-grade students: the Bogalusa Heart Study. *Am J Public Health*, 87(8), 1345-1348. **Cité dans (29)**
- (40) Centers for Disease Control and Prevention. (1994). *Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction*. Centers for Disease Control and Prevention. *Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep*; 43(RR-2), 1-18. Se référer au site : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00026213.htm>
- (41) Willemsen, M. C. & De Zwart, W. M. (1999). The effectiveness of policy and health education strategies for reducing adolescent smoking: A review of the evidence. *J Adolesc*, 22(5), 587-599.
- (42) Collins, J. L., Smal, M. L., Kann, L., Pateman, B. C., Gold, R. S. & Kolbe, L. J. (1995). School health education. *J Sch Health*, 65(8), 302-311. **Cité dans (7), chapitre 3.**
- (43) Worden, J. & Flynn, B. (1983). *Using television messages to prevent smoking among adolescents*. American Public Health Association Annual Meeting. Dallas: Office of Health Promotion Research and Biometry Facility, College of Medicine, Department of Mathematics (Statistics Program College of Engineering and Mathematics), University of Vermont. **Cité dans (189).**
- (44) Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. & Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *J Drug Educ*, 28(1), 1-17.
- (45) Botvin, G. J., Eng, A. & Williams, C. L. (1980). Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training. *Prev Med* 1980, 9(1), 135-143.
- (46) Botvin, G. J., Dusenbury, L., Baker, E., James-Ortiz, S., Botvin, E. M. & Kerner, J. (1992). Smoking prevention among urban minority youth: assessing effects on outcome and mediating variables. *Health Psychol*, 11(5), 290-299.
- (47) Thomas, R. (2002). *School-based programmes for preventing smoking*. Cochrane Database Syst Rev (4).
- (48) NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999). Preventing the uptake of smoking in young people. *Effective Health Care*, 5(5), 1-12.
- (49) Bruvold, W. H. (1990). A meta-analysis of the California school-based risk reduction program. *J Drug Educ*, 20(2), 139-152. **Cité dans (48).**
- (50) Bruvold, W. H. (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health*, 83(6), 872-880. **Cité dans (48).**
- (51) Ennett, S. T., Tobler, N. S., Ringwalt, C. L. & Flewelling, R. L. (1994). How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of project DARE outcome evaluations. *Am J Public Health*, 84(9), 1394-1401. **Cité dans (48).**

- (52) Hansen, W. B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the State of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Educ Res*, 7(3), 403-430.
- (53) Rooney, B. L. & Murray, D. M. (1996). A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Educ Q*, 23(1), 48-64.
- (54) Thomas, R. & Busby, K. (1999). *School-based programmes for preventing smoking* (protocol for a Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev (4).
- (55) Tobler, N. S. & Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta analysis of the research. *J Prim Prev*, 18, 71-128. **Cité dans (48).**
- (56) Aveyard, P., Cheng, K. K., Almond, J., Sherratt, E., Lancashire, R., Lawrence, T. & al. (1999). Cluster randomised controlled trial of expert system based on the transtheoretical ("stages of change") model for smoking prevention and cessation in schools. *BMJ*, 319(7215), 948-953. **Cité dans (47).** Se référer au Site : <http://bmj.bmjjournals.com/cgi/reprint/319/7215/948>
- (57) Cameron, R., Brown, K. S., Best, J. A., Pelkman, C. L., Madill, C. L., Manske, S. R. & al. (1999). Effectiveness of a social influences smoking prevention program as a function of provider type, training method, and school risk. *Am J Public Health*, 89(12), 1827-1831. **Cité dans (47).**
- (58) Peterson, A. V. Jr., Kealey, K. A., Mann, S. L., Marek, P. M. & Sarason, I. G. (2000). Hutchinson smoking prevention project: long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention-results on smoking. *J Natl Cancer Inst*, 92(24), 1979-1991.
- (59) Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S. & Botvin, E. M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-year study. *J Consult Clin Psychol*, 58(4), 437-446. **Cité dans (47).**
- (60) Botvin, G. J., Tortu, S., Baker, E. & Dusenbury, L. (1990). Preventing adolescent cigarette smoking: resistance skills training and development of life skills. *Special Services in the Schools*, 6, 37-61. **Cité dans (47).**
- (61) Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M. & Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA*, 273(14), 1106-1112. **Cité dans (47).**
- (62) Dent, C. W., Sussman, S., Stacy, A. W., Craig, S., Burton, D. & Flay, B. R. (1995). Two-year behavior outcomes of project towards no tobacco use. *J Consult Clin Psychol*, 63(4), 676-677. **Cité dans (47).**
- (63) Sussman, S., Dent, C. W., Stacy, A. W., Sun, P., Craig, S., Simon, T. R. & al. (1993). Project towards no tobacco use: 1-year behavior outcomes. *Am J Public Health*, 83(9), 1245-1250. **Cité dans (47).**
- (64) Sussman, S., Dent, C. W., Stacy, A. W., Hodgson, C. S., Burton, D. & Flay, B. R. (1993). Project towards no tobacco use: Implementation, process and post-test knowledge evaluation. *Health Educ Res*, 8(1), 109-123. **Cité dans (47).**
- (65) Glynn, T. J. (1989). Essential elements of school-based smoking prevention programs. *J Sch Health*, 59(5), 181-188.

- (66) Renaud, L., O'Loughlin, J. & Déry, V. (2003). The St-Louis du Parc Heart Health Project: A critical analysis of the reverse effects on smoking. *Tob Control*, 12(3), 302-309. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/12/3/302.pdf>
- (67) Côté, F., Godin, G. & Gagné, C. (2002). *Promotion de l'abstinence tabagique au primaire: évaluation de l'efficacité d'un programme de promotion de l'abstinence tabagique*. Thèse de doctorat. Montréal: Université de Montréal. Groupe de recherche sur les comportements dans le domaine de la santé.
- (68) Renaud, L., O'Loughlin, J., Paradis, G. & Chevalier, S. (1998). Un programme de promotion de la santé cardiovasculaire auprès des 9 à 12 ans et de la communauté St-Louis du Parc/Québec. *Santé Publique*, 10(4), 425-445.
- (69) Déry, V. & Renaud, L. (2000). *Réflexion critique sur la prévention du tabagisme en milieu scolaire primaire*. Actes du symposium à Montréal, Québec (Canada) les 17 et 18 avril 2000. Agenda. p. 3-4 et synthèse et compte-rendu des deux journées de réflexion p.55-58. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Direction de Santé Publique.
- (70) Alberta Tobacco Reduction Alliance (ATRA), Chan Durrant Ltd. (1999). *Tobacco reduction and youth*. Edmonton: Alberta Tobacco Reduction Alliance. Se référer au site : <http://www.tobaccotruth.com/pdf/reportyouthbg.pdf>
- (71) Beaudet, N., Déry, V., Goyer, E., Hubert, F., O'Loughlin, J., Perreault, N. & al. (2002). Analyse des effets paradoxaux : réflexions et recommandations. In: V. Déry, L. Renaud (Eds). *Réflexion critique sur la prévention du tabagisme en milieu scolaire primaire*. Actes du Symposium à Montréal, Québec (Canada) les 17 et 18 Avril 2000. Montréal: Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux, Direction de Santé Publique de Montréal-Centre, 61-102.
- (72) Botvin, G. J., Sussman, S. & Biglan, A. (2001). The Hutchinson smoking prevention project: A lesson on inaccurate media coverage and the importance of prevention advocacy. *Prev Sci*, 2(2), 67-70.
- (73) Donaldson, S. I., Sussman, S., McKinnon, D. P., Severson, H. H., Glynn, T., Murray, D. M. & al. (1996). Drug abuse prevention programming: do we know what content works? *Am Behav Scientist*, 39(7), 17-21. **Cité dans (74).**
- (74) Kumpfer, K. L. (1999). *Identification of drug abuse prevention programs: Literature review*. NIDA (National Institute on Drug Abuse). Resource Center for Health Services Research. Se référer au site : <http://www.drugabuse.gov/about/organization/dspr/hsr/da-pre/KumpferLitReview.html>
- (75) Distefan, J. M., Gilpin, E. A. & Pierce, J. P. (2000). The effectiveness of tobacco control in California schools. *J Sch Health*, 70(1), 28-30.
- (76) Flay, B. R., Hansen, W. B., Johnson, C. A., Collins, L. M., Dent, C. W., Dwyer, K. M. & al. (1987). Implementation effectiveness trial of a social influences smoking prevention program using schools and television. *Health Educ Res*, 2, 385-400.
- (77) Vartiainen, E. (2000). *Un besoin d'idées nouvelles*- Éditorial. Interaction (bulletin du European Network on Young People and Tobacco- ENYPAT), (13):2. Se référer au site : [www.ktl.fi/enypat/data/news13.fr.pdf](http://www.ktl.fi/enypat/data/news13.fr.pdf)

- (78) Vartiainen, E. (1997). *De l'Écosse à la Finlande- Éditorial*. Interaction (bulletin du European Network on Young People and Tobacco- ENYPAT), (7):1. Se référer au site : <http://www.ktl.fi/enypat/data/bull7-97.pdf>
- (79) ENYPAT- European Network on Young People and Tobacco (Réseau Européen Jeunes et Tabac). (1997). *Concours classes non-fumeurs*. Interaction (Bulletin de l'ENYPAT), (8):6. Se référer au site : <http://www.ktl.fi/enypat/data/bull8-97.pdf>
- (80) ENYPAT- European Network on Young People and Tobacco (Réseau Européen Jeunes et Tabac). (1999). *Concours classes non-fumeurs*. Interaction (Bulletin de l'ENYPAT), (12):17. Se référer au site : <http://www.ktl.fi/enypat/data/bull12fr.pdf>
- (81) Hanewinkel, R. (2001). *Germany: Institute for therapy and health research*. Communication personnelle.
- (82) Vartiainen, E., Saukko, A., Paavola, M. & Vertio, H. (1996). 'No smoking class' competition in Finland: their value in delaying the onset of smoking in adolescence. *Health Promot Int*, 11(3) 189-192.
- (83) Wiborg, G. & Hanewinkel, R. (2002). Effectiveness of the "Smoke-Free Class Competition" in delaying the onset of smoking in adolescence. *Prev Med*, 35(3), 241-249.
- (84) National Public Health Institute, Department of Epidemiology and Health Promotion, European Network on Young People and Tobacco (1998). *The smokefree class competition. A European school-based anti-smoking campaign. An Overview of the 1997/98 Round in seven countries*. Helsinki, Finland.
- (85) Gouvernement du Québec (1998). *Loi sur le tabac: projet de loi no 444* (1998, chapitre 33). Se référer au site : <http://www.cctc.ca/CCTCLAWweb.nsf/16a7a46a13d27dd4852569ac007ec6f9/fb16e8e0d429abcc85256a06005a5285>
- (86) Colorado Department of Public Health and Environment and American Cancer Society (Rocky Mountain Division). *A dozen good reasons for tobacco-free schools*. (non daté). **Cité dans (103)**.
- (87) Kumar, R., O'Malley, P. M. & Johnston, L.D. (2001). *Relationship between school policies to prevent tobacco use and student's use and approval of cigarettes*. AnnArbor, Michigan: University of Michigan. Se référer au site : [http://www.uic.edu/orgs/impactteen/generalarea\\_PDFs/SPR%20presentation\\_arunkumar.pdf](http://www.uic.edu/orgs/impactteen/generalarea_PDFs/SPR%20presentation_arunkumar.pdf)
- (88) Poulsen, L. H., Osle, M., Roberts, C., Due, P., Damsgaard, M. T. & Holstein, B. E. (2002). Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour: Analysis of cross sectional data from Denmark. *Tob Control*, 11(3), 246-251. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/11/3/246.pdf>
- (89) Pentz, M. A., Dwyer, J. H., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Hansen, W. B., Wang, E. Y. & al. (1989). A multicommunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse. Effects on drug use prevalence. *JAMA*, 261(22), 3259-3266.
- (90) Pentz, M. A., Brannon, B. R., Charlin, V. L., Barrett, E. J., MacKinnon, D. P., Flay, B. R. (1989). The power of policy: The relationship of smoking policy to adolescent smoking. *Am J Public Health*, 79(7), 857-862.

- (91) Wakefield, M. A., Chaloupka, F. J., Kaufman, N. J., Orleans, C. T., Barker, D. C. & Ruel, E. E. (2000). Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: Cross sectional study. *BMJ*, 321(7257), 333-337. Se référer au site : <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/321/7257/333>
- (92) Moore, L., Roberts, C. & Tudor-Smith, C. (2001). School smoking policies and smoking prevalence among adolescents: Multilevel analysis of cross-sectional data from Wales. *Tob Control*, 10(2), 117-123. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/10/2/117.pdf>
- (93) Clarke, V., White, V., Hill, D. & Borland, R. (1994). School structural and policy variables associated with student smoking. *Tob Control*, 3(4), 339-346. Se référer au Site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/3/4/339.pdf>
- (94) Charlton, A. & While, D. (1994). Smoking prevalence among 16-19 years olds related to staff and student smoking policies in sixth forms and further education. *Health Educ J*, 53, 28-39.
- (95) Czart, C., Pacula, R. L., Chaloupka, F. J. & Wechster, H. (2001). The impact of prices and control policies on cigarette smoking among college students. *Contemporary Economic Policy*, 19(2), 135-149.
- (96) Pinilla, J., Gonzalez, B., Barber, P. & Santana, Y. (2002). Smoking in young adolescents: An approach with multilevel discrete choice models. *J Epidemiol Community Health*, 56(3), 227-232.
- (97) Kannas, L. & Schmidt, B. (2001). *The control of adolescent smoking (CAS) study. Policy implications and recommendations for a smoke free school*. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä. Finland.
- (98) Bowen, D. J., Kinne, S. & Orlandi, M. (1995). School policy in COMMIT: a promising strategy to reduce smoking by youth. *J Sch Health*, 65(4), 140-144.
- (99) Peck, D. D., Acott, C., Richard, P., Hill, S. & Schuster, C. (1993). The Colorado tobacco-free schools and communities project. *J Sch Health*, 63(5), 214-217.
- (100) Tompkin, N. O., Dino, G. A., Zedosky, L. K., Harman, M. & Shaler, G. (1999). A collaborative partnership to enhance school-based tobacco control policies in West Virginia. Centers for Disease Control and Prevention. *Am J Prev Med*, 16(3 Suppl), 29-34.
- (101) Hartland, J., Tudor-Smith, C. & Bowker, S. (1998). Smoke-free policies in schools: A qualitative investigation of the benefits and barriers. *Health Educ J*, 57, 51-59.
- (102) Von Bothmer, M. & Fridlund, B. (2001). Promoting a tobacco-free generation: Who is responsible for what? *J Clin Nurs*, 10(6), 784-792.
- (103) Maine Department of Human Services. *Creating and maintaining a tobacco-free school policy. Partnership for A Tobacco-Free Maine*. Maine Department of Human Services. Bureau of Health. (non daté). Se référer au site : <http://www.tobaccofreemaine.org/PDF/PTMSchoolPolicy.pdf>

- (104) North Carolina Department of Health and Human Services. (2000). *8 Steps to tobacco-free schools*. North Carolina Department of Health and Human Services. Tobacco Prevention and Control Branch. Se référer au site : <http://www.stepupnc.com/know/steps.htm>
- (105) Ashley, M. J., Northrup, D. A. & Ferrence, R. (1998). The Ontario ban on smoking on school property: Issues and challenges in enforcement. *Revue Canadienne de Santé publique*, 89(4), 229-232.
- (106) Northrup, D. A. (1997). The Ban on smoking on school property: Success and challenges. *Institute for Social Research Newslette*, 12(2), 1-6. Se référer au site : <http://www.math.yorku.ca/ISR/newsletter.archives/summer.1997/ban.htm>
- (107) Northrup, D. A., Ashley, M. J. & Ferrence, R. (1998). The Ontario ban on smoking on school property: Perceived impact on smoking. *Revue Canadienne de Santé publique*, 89(4), 224-228.
- (108) Wisconsin Department of Public Instruction. (2001). *Tips for school tobacco policy enforcement*. Adapted with permission from *Getting to tobacco free schools: a trouble shooting guide*, Colorado Department of Public Health and Environment and American cancer society, Colorado division. Se référer au site : <http://www.dpi.state.wi.us/dpi/dlsea/sspw/pdf/tobpolenf.pdf>
- (109) International Union Against Cancer, Charlton A, Melia P, Moyer C. *A manual on tobacco and young people for the industrialized world*. International workshop on children and tobacco in industrialized countries. Conference held in Toronto, Ontario, Canada Feb. 6-8. Switzerland: International Union against Cancer, 1990.
- (110) Conrad, K. M., Flay, B. R. & Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes: Predictors of onset. *Br J Addict*, 87(12), 1711-1724. **Cité dans (7), chapitre 4.**
- (111) Andersen, M. R., Leroux, B. G., Marek, P. M., Peterson, A. V. Jr., Kealey, K. A., Bricker, J. & al. (2002). Mothers' attitudes and concerns about their children smoking: Do they influence kids? *Prev Med*, 34(2), 198-206.
- (112) California Department of Health Services. 2001). *The California tobacco control program: a decade of progress, result from the California tobacco survey, 1990-1999*. California: Department of Health Services / Tobacco Control Section. Final report prepared by Cancer Prevention and Control Program, University of California, San Diego. Se référer au site : [http://ssdc.ucsd.edu/ssdc/pdf/1999\\_Final\\_Report.pdf](http://ssdc.ucsd.edu/ssdc/pdf/1999_Final_Report.pdf)
- (113) Jackson, C. & Henriksen, L. (1997). Do as I say: Parent smoking, antismoking socialization, and smoking onset among children. *Addict Behav*, 22(1), 107-114.
- (114) Gilpin, E. A., White, M. M., Farkas, A. J. & Pierce, J. P. (1999). Home smoking restrictions: Which smokers have them and how they are associated with smoking behavior. *Nicotine Tob Res*, 1(2), 153-162.
- (115) CSAP- Center for Substance Abuse Prevention, Western Center for the Application of Prevention Technologies. (2002). *Best practice: project STAR/Midwestern prevention project* (Pentz et al). Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services. Se référer au site : [www.casatweb.ed.unr.edu/cgi-bin/WebObjects/Step6.woa/wa/getlist](http://www.casatweb.ed.unr.edu/cgi-bin/WebObjects/Step6.woa/wa/getlist)

- (116) CSPV- Center for the Study and Prevention of Violence. (2002). *History and description of Midwestern prevention project. Blueprints for violence prevention*. Se référer au site : [www.colorado.edu/cspv/blueprints/model/chapt/MWPPExec.htm](http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/model/chapt/MWPPExec.htm)
- (117) CSAP- Center for Substance Abuse Prevention. (2002). *CSPA model program- substance abuse and mental health*. U.S. Department of Health and Human Services. Project Northland. Se référer au site : <http://www.modelprograms.samhsa.gov/pdfs/FactSheets/project%20North.pdf>
- (118) Perry, C. L., Williams, C. L., Forster, J. L., Wolfson, M., Wagenaar, A. C., Finnegan, J. R. & al. (1993). Background, conceptualization and design of a community-wide research program on adolescent alcohol use: Project Northland. *Health Educ Res*, 8(1), 125-136.
- (119) Williams, C. L. & Perry, C. L. (1998). Design and implementation of parent programs for a community-wide adolescent alcohol use prevention program. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 17(2), 65-80.
- (120) Biglan, A., Ary, D. V., Smolkowski, K., Duncan, T. & Black, C. (2000). A randomised controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use. *Tob Control*, 9(1), 24-32. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/9/1/24.pdf>
- (121) Perry, C. L., Luepker, R. V., Murray, D. M., Hearn, M. D., Halper, A., Dudovitz, B. & al. (1989). Parent involvement with children's health promotion: A one-year follow-up of the Minnesota home team. *Health Educ Q*, 16(2), 171-180.
- (122) Gouvernement du Québec, Vitaro, F., Normand, C. L., Charlebois, P. (1999). *Jeunes et prévention de la toxicomanie: quand les parents s'impliquent*. Ministère de la Santé et des Services sociaux : Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Se référer au site : <http://www.cplt.com/publications/0999jp.pdf>
- (123) Legacy- American Legacy Foundation. (2000). *Statewide youth movement against tobacco use*. American Legacy Foundation/ Programs and Initiatives. Se référer au site : [http://www.americanlegacy.org/section.asp?Location=content/programs/grants/grant\\_new.asp](http://www.americanlegacy.org/section.asp?Location=content/programs/grants/grant_new.asp)
- (124) Farrelly, M. C., Niederdeppe, J. & Yarsevich, J. (2003). Youth tobacco prevention mass media campaigns: Past, present, and future directions. *Tob Control*, 12(Suppl 1), I35-I47. Se référer au site : [http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/12/suppl\\_1/i35.pdf](http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/12/suppl_1/i35.pdf)
- (125) California Department of Health Services (1998). *A model for change: The California experience in tobacco control*. California: California Department of Health Services / Tobacco Control Section. Se référer au site : <http://www.dhs.cahwnet.gov/tobacco/documents/modelforchange.pdf>
- (126) State of Florida (2000). Tobacco prevention and control- Florida's comprehensive plan for action 2000-2001. Florida Department of Health, Florida Leadership Council for Tobacco Control. Se référer au site : <http://www.doh.state.fl.us/family/tobacco/ADP.html>
- (127) American Lung Association (2001). *Teens against Tobacco Use (T.A.T.U)*. Se référer au site : <http://www.lungusa.org/smokefreeclass/index.html>
- (128) American Lung Association (2001). *Advocacy*. Se référer au site : <http://www.lungusa.org/smokefreeclass/advocacy.html>

- (129) Perry, C. L., Williams, C. L., Komro, K. A., Veblen-Mortenson, S., Forster, J. L., Bernstein-Lachter, R. & al. (2000). Project Northland high school interventions: community action to reduce adolescent alcohol use. *Health Educ Behav*, 27(1), 29-49.
- (130) Brown, K. S., Cameron, R., Madill, C., Payne, M. E., Filsinger, S., Manske, S. R. & al. (2002) *Outcome evaluation of a high school smoking reduction intervention based on extra-curricular activities*. Ontario Tobacco Research Unit: Working Paper Series no 73. Toronto.
- (131) Jacobson, P. D. & Warner, K. E. (1999). Litigation and public health policy making: The case of tobacco control. *J Health Polit Policy Law*, 24(4), 769-804.
- (132) Saffer, H. & Chaloupka, F. (2000). The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *J Health Econ*, 19(6), 1117-1137.
- (133) Tickle, J. J., Sargent, J. D., Dalton, M. A., Beach, M. L. & Heatherton, T. F. (2001). Favourite movie stars, their tobacco use in contemporary movies, and its association with adolescent smoking. *Tob Control*, 10(1), 16-22. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/10/1/16.pdf>
- (134) Sargent, J. D., Dalton, M. A., Beach, M. L., Mott, L. A., Tickle, J. J., Ahrens, M. B. & al. (2002). Viewing tobacco use in movies. Does it shape attitudes that mediate adolescent smoking? *Am J Prev Med*, 22(3), 137-145.
- (135) Groupe de Recherches Environics pour le compte de la Société Canadienne du Cancer. (2001). *Evaluation of new warnings on cigarette packages*. Se référer au site : [http://www.cancer.ca/vgn/images/portal/cit\\_776/35/20/41720738niw\\_labelstudy.pdf](http://www.cancer.ca/vgn/images/portal/cit_776/35/20/41720738niw_labelstudy.pdf)
- (136) Groupe de recherches Environics pour le compte de la Société Canadienne du Cancer. (2002). *Smokers back graphic pictures*.
- (137) Borland, R. (1997). Tobacco health warnings and smoking-related cognitions and behaviours. *Addiction*, 92(11), 1427-1435.
- (138) Robinson, T. N. & Killen, J. D. (1997). Do cigarette warning labels reduce smoking? Paradoxical effects among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 151(3), 267-272.
- (139) Wakefield, M., Morley, C., Horan, J. K. & Cummings, K. M. (2002). The cigarette pack as image: New evidence from tobacco industry documents. *Tob Control* 11(Suppl 1), I73-I80. Se référer au site : [http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/11/suppl\\_1/i73.pdf](http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/11/suppl_1/i73.pdf)
- (140) Cunningham, R. (1997). *La guerre du tabac, l'expérience canadienne*. Ottawa: Centre de Recherches pour le Développement International. Se référer au Site : <http://www.globalink.org/tobacco/docs/na-docs/smokeandmirrors/fr.html>
- (141) Clark, P. I., Natanblut, S. L., Schmitt, C. L., Wolters, C. & Iachan, R. (2000). Factors associated with tobacco sales to minors: Lessons learned from the FDA compliance checks. *JAMA*, 284(6), 729-734.
- (142) Jones, S. E., Sharp, D. J., Husten, C. G. & Crossett, L. S. (2002). Cigarette acquisition and proof of age among US high school students who smoke. *Tob Control* 2002. 11(1), 20-25. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/11/1/20.pdf>

- (143) Ma, G. X., Shive, S. & Tracy, M. (2001). The effects of licensing and inspection enforcement to reduce tobacco sales to minors in Greater Philadelphia, 1994-1998. *Addict Behav*, 26(5), 677-687.
- (144) Rigotti, N. A., DiFranza, J. R., Chang, Y., Tisdale, T., Kemp, B. & Singer, D. E. (1997). The effect of enforcing tobacco-sales laws on adolescents' access to tobacco and smoking behavior. *N Engl J Med*, 337(15), 1044-1051.
- (145) Wakefield, M. & Chaloupka, F. (1999). Effectiveness of comprehensive tobacco control programs in reducing teenage smoking: A review. Health Research and Policy Centers University of Illinois at Chicago. Se référer au site : <http://repositories.cdlib.org/context/tc/article/1071/type/pdf/viewcontent/>
- (146) Stead, L. F. & Lancaster, T. (2000). A systematic review of interventions for preventing tobacco sales to minors. *Tob Control*, 9(2), 169-176. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/9/2/169.pdf>
- (147) Bagott, M., Jordan, C., Wright, C. & Jarvis, S. (1997). Test sales do not have impact on prevalence of smoking by children. *BMJ*, 315(7106), 491. Se référer au site : <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/315/7106/491>
- (148) Fichtenberg, C. M. & Glantz, S. A. (2002). Youth access interventions do not affect youth smoking. *Pediatrics*, 109(6), 1088-1092.
- (149) Ling, P. M., Landman, A. & Glantz, S. A. (2002). It is time to abandon youth access tobacco programmes. *Tob Control*, 11(1), 3-6. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/11/1/3.pdf>
- (150) Livingood, W. C., Woodhouse, C. D., Sayre, J. J. & Wludyka, P. (2001). Impact study of tobacco possession law enforcement in Florida. *Health Educ Behav*, 28(6), 733-748.
- (151) Woodhouse, L. D., Sayre, J. J. & Livingood, W. C. (2001). Tobacco policy and the role of law enforcement in prevention: The value of understanding context. *Qual Health Res*, 11(5), 682-692.
- (152) Durham, J. & Owen, P. (1996). Projected smoking-related deaths among youth- United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 45(44), 971-974. Se référer au site : <http://www.cdc.gov/epo/mmwr/preview/mmwrhtml/00044348.htm>
- (153) Glantz, S. A. (1993). Removing the incentive to sell kids tobacco. A proposal. *JAMA*, 269(6), 793-794.
- (154) Glantz, S. A. (1996). Preventing tobacco use-the youth access trap. *Am J Public Health*, 86(2), 156-158.
- (155) Forster, J. L., Murray, D. M., Wolfson, M., Blaine, T. M., Wagenaar, A. C. & Hennrikus, D. J. (1998). The effects of community policies to reduce youth access to tobacco. *Am J Public Health*, 88(8), 1193-1198.
- (156) Giovino, G. A., Tomar, S. L., Reddy, M. N., Peddicord, J. P., Zhu, B. P., Escobedo, L. G. & al. (1996). Attitudes, knowledge, and beliefs about low-yield cigarettes among adolescents and adults. In: *The FTC cigarette test method for determining tar, nicotine and carbone monoxide yields of U.S. cigarettes*. Report of the NCI Expert Committee. Smoking and

tobacco control Monograph No. 7. Bethesda (MD): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Publication No. 96-4028, 39-57. **Cité dans (7).**

- (157) Shopland, D. R., Burns, D. M., Benowitz, N. L., Amacher, R. H. & al. (2001). *Risks associated with smoking cigarettes with low tar machine-measured yields of tar and nicotine*. Smoking and tobacco control monograph no 13. National Cancer Institute. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health. Se référer au site : [http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/13/m13\\_preface.pdf](http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/13/m13_preface.pdf)
- (158) Médecins pour un Canada sans fumée (1999). *Background light and mild cigarettes*. Ottawa, Ontario. Se référer au site : [http://www.smoke-free.ca/pdf\\_1/lightregs.PDF](http://www.smoke-free.ca/pdf_1/lightregs.PDF)
- (159) Centers for Disease Control and Prevention. (1999). Tobacco use among middle and high school students-Florida, 1998 and 1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 48 (12), 248-253. Se référer au site : [http://www.cdc.gov/tobacco/research\\_data/youth/mmwr499.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/research_data/youth/mmwr499.htm)
- (160) Biener, L., Abrams, D. B., Follick, M. J. & Dean, L. (1989). A comparative evaluation of a restrictive smoking policy in a general hospital. *Am J Public Health*, 79(2), 192-195. **Cité dans (8).**
- (161) Brigham, J., Gross, J., Stitzer, M. L. & Felch, L. J. (1994). Effects of a restricted work-site smoking policy on employees who smoke. *Am J Public Health*, 84(5), 773-778. **Cité dans (8).**
- (162) Etter, J. F., Ronchi, A. & Perneger, T. (1999). Short-term impact of a university based smoke free campaign. *J Epidemiol Community Health*, 53(11), 710-715. **Cité dans (8).**
- (163) Gottlieb, N. H., Eriksen, M. P., Lovato, C. Y., Weinstein, R. P. & Green, L. W. (1990). Impact of a restrictive work site smoking policy on smoking behavior, attitudes, and norms. *J Occup Med*, 32(1), 16-23. **Cité dans (8).**
- (164) Jeffery, R. W., Kelder, S. H., Forster, J. L., French, S. A., Lando, H. A. & Baxter, J. E. (1994). Restrictive smoking policies in the workplace: Effects on smoking prevalence and cigarette consumption. *Prev Med*, 23(1), 78-82. **Cité dans (8).**
- (165) Longo, D. R., Brownson, R. C., Johnson, J. C., Hewett, J. E., Kruse, R. L., Novotny, T. E. & al. (1996). Hospital smoking bans and employee smoking behavior: Results of a national survey. *JAMA*, 275(16), 1252-1257. **Cité dans (8).**
- (166) Mullooly, J. P., Schuman, K. L., Stevens, V. J., Glasgow, R. E. & Vogt, T. M. (1990). Smoking behavior and attitudes of employees of a large HMO before and after a work site ban on cigarette smoking. *Public Health Rep*, 105(6), 623-628. **Cité dans (8).**
- (167) Patten, C. A., Gilpin, E., Cavin, S. W. & Pierce, J. P. (1995). Workplace smoking policy and changes in smoking behavior in California: A suggested association. *Tob Control*, 4, 36-41. **Cité dans (8).**
- (168) Stave, G. M. & Jackson, G. W. (1991). Effect of a total work-site smoking ban on employee smoking and attitudes. *J Occup Med*, 33(8), 884-890. **Cité dans (8).**
- (169) Tworek, C., Giovino, G., Yang, J., Wakefield, M., Cummings, K. M. & Chaloupka, F. (2003). *Exploring the relationship between cigarette smoking among adolescents and adults in the*

- United States*. Chicago, IL: University of Illinois. Impact teen working papers series no 26.  
Se référer au site :  
[http://www.impactteen.org/generalarea\\_PDFs/youthadult\\_tworek042303.pdf](http://www.impactteen.org/generalarea_PDFs/youthadult_tworek042303.pdf)
- (170) Chaloupka, F. J. & Grossman, M. (1996). *Price, tobacco control policies and youth smoking*. Cambridge, Mass. National Bureau of Economic Research. Se référer au site :  
<http://ssrn.com/abstract=4422>
- (171) Chaloupka, F. J. & Wechsler, H. (1997). Price, tobacco control policies and smoking among young adults. *J Health Econ*, 16(3), 359-373. **Cité dans (29)**.
- (172) Wasserman, J., Manning, W. G., Newhouse, J. P. & Winkler, J. D. (1991). The effects of excise taxes and regulations on cigarette smoking. *J Health Econ*, 10(1), 43-64. **Cité dans (29)**.
- (173) Léger Marketing (2002). Les canadiens et le tabagisme. Se référer au site :  
<http://www.carmacanada.com/documents/spclm/020527fr.pdf>
- (174) Chaloupka, F. J. & Warner, K. E. (1999). *National Bureau of Economic Research. The economics of smoking*. Cambridge, Mass. National Bureau of Economic Research. Se référer au site : <http://papers.nber.org/papers/W7047>
- (175) Organisation Mondiale de la Santé (2002). Communiqué de presse, 27 Février. Se référer au site : <http://www.who.int/inf/fr/cp-2002-11.html>
- (176) Bonneux, L., Barendregt, J. J., Nusselder, W. J. & der Maas, P. J. (1998). Preventing fatal diseases increases healthcare costs: Cause elimination life table approach. *BMJ*, 316(7124), 26-29. Se référer au site : <http://bmj.bmjjournals.com/cgi/reprint/316/7124/26>
- (177) Loddenkemper, R. & Sybrecht, G. W. (2000). Health care costs of smoking. *Eur Respir J*, 16(3), 377-378.
- (178) Pollay, R. W. (2002). *Témoign expert devant la cour suprême du Canada, Province de Québec, District de Montréal, dans la cause de JTI-Macdonald Corp., Imperial Tobacco Limitée et Rothmans, Benson & Hedges Inc. le procureur général de Canada et la société canadienne du cancer (intervenante), pièce D-57, «How cigarette advertising works: Rich imagery and poor information»*.
- (179) Médecins pour un Canada sans fumée (2001). *Tobacco industry advertising expenditures in Canada 1987-2000*. Ottawa : Ontario. Se référer au site : [http://www.smoke-free.ca/pdf\\_1/AdvertExpend2000.PDF](http://www.smoke-free.ca/pdf_1/AdvertExpend2000.PDF)
- (180) Médecins pour un Canada sans fumée. *Background- Canadian retailers and cigarette promotion*. Ottawa : Ontario. Se référer au site : [http://www.smoke-free.ca/pdf\\_1/retail.PDF](http://www.smoke-free.ca/pdf_1/retail.PDF)
- (181) Lavack, A. M. (2001). *Tobacco industry denormalization campaigns: A review and evaluation*. University of Winnipeg. Se référer au site : <http://www.nsra-adnf.ca/english/denorm/denormalization.html>
- (182) Pollay, R. W., Siddarth, S., Siegel, M., Haddix, H., Merritt, R. K., Giovino, G. A. & al. (1996). The Last Straw? Cigarette advertising and realized market shares among youths and adults, 1979-1993. *J Mark*, 60, 1-16.

- (183) Pierce, J. P., Choi, W. S., Gilpin, E. A., Farkas, A. J. & Berry, C. C. (1998). Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. *JAMA*, 279(7), 511-515.
- (184) Pucci, L. G. & Siegel, M. (1999). Exposure to brand-specific cigarette advertising in magazines and its impact on youth smoking. *Prev Med*, 29(5), 313-320.
- (185) Centers for Disease Control and Prevention (2003). *Designing and implementing an effective tobacco counter-marketing campaign*. Atlanta: Ga: U.S. Dept. of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; Office on smoking and Health. Se référer au site : [http://ncth.confex.com/ncth/2002/techprogram/paper\\_6560.htm](http://ncth.confex.com/ncth/2002/techprogram/paper_6560.htm)
- (186) Petit Robert (1996). *Le dictionnaire de la langue française*.
- (187) Office québécois de la langue française (2003). *Grand dictionnaire terminologique*. Se référer au site : [http://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/gdt\\_bdl2.html](http://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/gdt_bdl2.html)
- (188) Redman, D. (1990). The role of mass media in changing health-related behaviour: A critical appraisal of two models. *Health promt intern*, 5, 85-101.
- (189) Sowden, A. J. & Arblaster, L. (2002). *Mass media interventions for preventing smoking in young people*. Cochrane Database Syst Rev, (2).
- (190) Bauman, K. E., LaPrelle, J., Brown, J. D., Koch, G. G., Padgett, C. A. (1991). The influence of three mass media campaigns on variables related to adolescent cigarette smoking: Results of a field experiment. *Am J Public Health*, 81(5), 597-604.
- (191) Flay, B. R., Miller, T. Q., Hedeker, D., Siddiqui, O., Britton, C. F., Brannon, B. R. & al. (1995). The television, school, and family smoking prevention and cessation project. VIII. Student outcomes and mediating variables. *Prev Med*, 24(1), 29-40.
- (192) Flynn, B. S., Worden, J. K., Secker-Walker, R. H., Pirie, P. L., Badger, G. J., & Carpenter, J. H. (1997). Long-term responses of higher and lower risk youths to smoking prevention interventions. *Prev Med*, 26(3), 389-394.
- (193) Hafstad, A., Straypedersen, B. & Langmark, F. (1997). Use of provocative emotional appeals in mass media campaign designed to prevent smoking among adolescents. *Eur j Public Health*, 7, 122-127.
- (194) Johnson, C. A., Pentz, M. A., Weber, M. D., Dwyer, J. H., Baer, N., MacKinnon, D. P. & al. (1990). Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 58(4), 447-456.
- (195) Kaufman, J. S., Jason, L. A., Sawlski, L. M. & Halpert, J. A. (1994). A comprehensive multi-media program to prevent smoking among black students. *J Drug Educ*, 24(2), 95-108.
- (196) Murray, D. M., Prokhorov, A. V. & Harty, K. C. (1994). Effects of a statewide antismoking campaign on mass media messages and smoking beliefs. *Prev Med*, 23(1), 54-60.
- (197) Perry, C. L., Kelder, S. H., Murray, D. M. & Klepp, K. I. (1992). Community wide smoking prevention: long-term outcomes of the Minnesota heart health program and the class of 1989 study. *Am J Public Health*, 82(9), 1210-1216.

- (198) Siegel, M. & Biener, L. (2000). The impact of an antismoking media campaign on progression to established smoking: Results of a longitudinal youth study. *Am J Public Health*, 90(3), 380-386.
- (199) Vartiainen, E., Paavola, M., McAlister, A. & Puska, P. (1998). Fifteen-year follow-up of smoking prevention effects in the north Karelia youth project. *Am J Public Health*, 88(1), 81-85.
- (200) Friend, K. & Levy, D. T. (2002). Reductions in smoking prevalence and cigarette consumption associated with mass-media campaigns. *Health Educ Res*, 17(1), 85-98.
- (201) Florida Pilot Program on Tobacco Control (1998). *Youth demand "truth" from tobacco supporters*. Se référer au site : <http://www.newswise.com/articles/view/7135/>
- (202) Zucker, D., Hopkins, R. S., Sly, D. F., Urich, J., Kershaw, J. M. & Solari, S. (2000). Florida's "truth" campaign: A counter-marketing, anti-tobacco media campaign. *J Public Health Manag Pract*, 6(3), 1-6.
- (203) Bauer, U. & Johnson, T. (2001). *Assessing the impact of Florida's pilot program on tobacco control, 1998-2000: A comprehensive analysis of data from the Florida youth tobacco survey*. Volume 3. Report 2. Tallahassee, FL: Florida Department of Health. Se référer au site : [http://www.doh.state.fl.us/disease\\_ctrl/epi/FYTS/FYTS\\_report.pdf](http://www.doh.state.fl.us/disease_ctrl/epi/FYTS/FYTS_report.pdf)
- (204) Siegel, M. (2002). The effectiveness of State-level tobacco control intervention: A review of program implementation and behavioral outcomes. *Annu Rev Public Health*, 23, 45-71.
- (205) Ehman, A. (2002). Court battle looms over Saskatchewan's new cigarette laws. *CMAJ*, 167(4), 389.
- (206) Pertschuk, M., Wilbur, P. & O'Keefe, A. (1991). *Media advocacy: Reframing public debate*. Washington: Benton Foundation.
- (207) U.S. Department of Health and Human Services. (1988). *Media strategies for smoking control: Guidelines*. Bethesda (MD): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Services, National Institute of Health, National Cancer Institute, p.68. Se référer au site : [http://www.strategyguides.globalink.org/docs/media\\_strategies.doc](http://www.strategyguides.globalink.org/docs/media_strategies.doc)
- (208) Pierce, J. P. & Gilpin, E. A. (2001). News media coverage of smoking and health is associated with changes in population rates of smoking cessation but not initiation. *Tob Control*, 10(2), 145-153. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/10/2/145.pdf>
- (209) Stockwell, T. F. & Glantz, S. A. (1997). Tobacco use is increasing in popular films. *Tob Control*, 6(4), 282-284. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/6/4/282.pdf>
- (210) Crawford, M. (1998). *Latest research: Youth and teens*. Presented at the national conference on tobacco and health; Oct 26-28. St. Paul (MN).
- (211) Pechmann, S. & Shih, C. (1999). Smoking scenes in movies and antismoking advertisements before movies: effects on youth. *J Mark*, 63(3), 1-13.

- (212) McKenna, J., Gutierrez, K. & McCall, K. (2000). Strategies for an effective youth counter-marketing program: recommendations from commercial marketing experts. *J Public Health Manag Pract*, 6(3), 7-13
- (213) Schar, E. & Gutierrez, K. (2004). *Youth tobacco use prevention media campaigns from around the world. Recommendations from lessons learned*. Centers for Disease Control and Prevention; Office on Smoking and Health.
- (214) Cummings, K. M. & Clarke, H. (1998). *The use of counter-advertising as a tobacco use deterrent and analysis of pending federal tobacco legislation*. Policy analysis no 8. Washington: Advocacy Institute, Health Science Analysis Project. **Cité dans (7).**
- (215) Pechmann, C. & Reibling, E. T. (2000). Anti-smoking advertising campaigns targeting youth: Case studies from USA and Canada. *Tob Control*, 9(Suppl 2), ii18-ii31. Se référer au site : [http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/9/suppl\\_2/ii18.pdf](http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/9/suppl_2/ii18.pdf)
- (216) Mahood, G. (2000). *Telling the truth about the tobacco industry: A backgrounder on tobacco industry denormalization*. Non-smoker's Right Association. Se référer au site : <http://www.nsra-adnf.ca/DOCUMENTS/PDFs/denormbackgrounder.pdf>
- (217) Schofield, M. J., Redman, S. & Sanson-Fisher, R. W. (1991). A community approach to smoking prevention: A review. *Behav change*, 8, 17-25.
- (218) National Cancer Institute (1991). *ASSIST program guidelines for tobacco-free communities*. Bethesda (MD): National Cancer Institute, Division of Cancer Prevention and Control, Cancer Control Science Program, Public Health Applications Research Branch.
- (219) Washington State Department of Health, Office of Community Willness and Prevention (2000). *Tobacco and health in Washington State 1999*. Tobacco prevention and control program. Se référer au site : [www.doh.wa.gov/Tobacco/Report/report5.htm](http://www.doh.wa.gov/Tobacco/Report/report5.htm)
- (220) Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (2001). Communiqué de presse : *Une étude économique conclut à la rentabilité d'un investissement accru dans la lutte contre le tabac*. 3 Avril. Se référer au site : [http://www.cqct.qc.ca/Communiques\\_docs/2001/PRSS\\_01\\_04\\_03\\_CommuniqueFinancement.pdf](http://www.cqct.qc.ca/Communiques_docs/2001/PRSS_01_04_03_CommuniqueFinancement.pdf)
- (221) Centers for Disease Control and Prevention (1999). Decline in cigarette consumption following implementation of a comprehensive tobacco prevention and education program- Oregon, 1996-1998. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 48, 140-143. Se référer au site : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00056574.htm>
- (222) Ribisl, K. M. (2003). The potential of the internet as a medium to encourage and discourage youth tobacco use. *Tob Control*, 12(Suppl 1), I48-I59. Se référer au site : [http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/12/suppl\\_1/i48.pdf](http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/12/suppl_1/i48.pdf)
- (223) Trickett, E. J., Watts, R. & Birman, D. (1993). Human diversity and community psychology: Still hazy after all these years. *J Community Psychol*, 21, 264-279.
- (224) Biglan, A., Ary, D., Yudelson, H., Duncan, T. E., Hood, D., James, L. & al. (1996). Experimental evaluation of a modular approach to mobilizing antitobacco influences of peers and parents. *Am J Community Psychol*, 24(3), 311-339.

- (225) McGuire, W. J. (1985). *Attitudes and attitude change. The Handbook of social psychology*. New York: Random House, 233-346.
- (226) Flay, B., Sobel, J. L. (1983). *The role of mass media in preventing adolescent substance abuse. Preventing adolescent drug abuse: Intervention strategies* (Research Monograph No. 47). Washington, DC: Washington, DC: National institute of drug abuse, 5-35. Se référer au site : <http://www.drugabuse.gov/pdf/monographs/47.pdf>
- (227) Perry, C. L., Pirie, P., Holder, W., Halper, A. & Dudovitz, B. (1990). Parent involvement in cigarette smoking prevention: Two pilot evaluations of the "Unpuffables Program". *J Sch Health*, 60(9), 443-447.
- (228) Jackson, C. (2002). Perceived legitimacy of parental authority and tobacco and alcohol use during early adolescence. *J Adolesc Health*, 31(5), 425-432.
- (229) Abt Associates Inc. (1996). *Independent evaluation of the Massachusetts tobacco control program*. Third annual report, January 1994-June 1996. Cambridge, MA: Abt Association, Inc. Se référer au site : <http://www.state.ma.us/dph/mtcp/report/abtrep.htm>
- (230) Abt Associates Inc. (1997). *Independent evaluation of the Massachusetts tobacco control program*. Fourth annual report, January 1994-June 1997. Cambridge, MA: Abt Association, Inc. Se référer au site : <http://www.state.ma.us/dph/mtcp/report/abtrep.htm>
- (231) Abt Associates Inc. (1998). *Independent evaluation of the Massachusetts tobacco control program*. Final report of the independent evaluation of the California tobacco control prevention and education program: Wive I Data, 1996-1997. Rockville, MD: The Gallup Organization. Se référer au site : <http://www.state.ma.us/dph/mtcp/report/abtrep.htm>
- (232) Oregon Health Division (1999). *Oregon tobacco prevention and education program report, 1999*. Portland, OR: Department of Human Resources, Oregon Health Division. Se référer au site : <http://www.dhs.state.or.us/publichealth/tobacco/arpt99/line.cfm>
- (233) Patten, C. A., Pierce, J. P. & Cavin, S. W. (1995). Progress in protecting non-smokers from environmental tobacco smoke in California workplaces. *Tob Control*, 4, 139-144.
- (234) Pierce, J. P., Gilpin, E. A., Emery, S. L., White, M. M., Rosbrook, B., Berry, C. C. & al. (1998). Has the California tobacco control program reduced smoking? *JAMA*, 280(10), 893-899.
- (235) Centers for Disease Control and Prevention (1998). *Tobacco use among U.S racial/ethnic minority groups - African American, American Indians and Alaska natives, Asian American and Pacific Islanders, and Hispanics: A report of the Surgeon General*. Atlanta: Ga: U.S. Dept. of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention. Se référer au site : [http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/F/Q/\\_/nnbbfq.pdf](http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/F/Q/_/nnbbfq.pdf)
- (236) Fisher, E. B., Auslander, W. F., Munro, J. F., Arfken, C. L., Brownson, R. C. & Owens, N. W. (1998). Neighbors for a smoke free north side: Evaluation of a community organization approach to promoting smoking cessation among African Americans. *Am J Public Health*, 88(11), 1658-1663.
- (237) Sowden, A. J. & Arblaster, L. (2002). *Community interventions for preventing smoking in young people*. Cochrane Database Syst Rev, (4).

- (238) McLeroy, K. R., Kegler, M., Steckler, A., Burdine, J. M. & Wisotzky, M. (1994). *Community coalitions for health promotion: Summary and further reflections*. Health Educ Res.
- (239) Butterfoss, F. D., Goodman, R. M. & Wandersman, A. (1993). Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Educ Res*, 8(3), 315-330.
- (240) National Cancer Institute (1991). *The assist orientation-meeting summary*. Bethesda (MD): National cancer institute, Division of Cancer Prevention and Control, Cancer Control Science Program, Public Health Applications Research Branch.
- (241) National Cancer Institute (1991). *Strategies to control tobacco use in the United-States: A blueprint for public health action in the 1990's*. NIH PUB. No.92-3316. Bethesda (MD): National Cancer Institute, Division of Cancer Prevention and Control, Cancer Control Science Program, Public Health Applications Research Branch.
- (242) Kegel, M. C., Steckler, A., McLeroy, K. & Malek, S. H. (1998). Factors that contribute to effective community health promotion coalitions: A study of 10 project ASSIST coalitions in North Carolina. American stops smoking intervention study for cancer prevention. *Health Educ Behav*, 25(3), 338-353.
- (243) Florin, P., Mitchell, R. & Stevenson, J. (1992). Identifying training and technical assistance needs in community coalitions: A developmental approach. *Health Educ Res*, 8(3), 417-432.
- (244) Mississippi State University Extension Service (2001). *Community health coalitions: A grassroots initiative for a healthier Mississippi*. Se référer au site : <http://msucare.com/pubs/misc/m1177.htm>
- (245) Perry, C. L., Kelder, S. & Klepp, K. (1994). Community-wide cardiovascular disease prevention in Young People: Long-term outcomes of the class of 1989 study. *Eur j Public Health*, 4, 188-194.
- (246) Gordon, I., Whitear, B. & Guthrie, D. (1997). Stopping them starting: Evaluation of a community-based project to discourage teenage smoking in cardiff. *Health Educ J*, 46, 42-50.
- (247) Sussman, S., Dent, C. W., Stacy, A. W. & Craig, S. (1998). One-year outcomes of Project towards No Drug Abuse. *Prev Med*, 27(4), 632-642.
- (248) Piper, D. L., Moberg, D. P. & King, M. J. (2000). The healthy for life project: Behavioral outcomes. *J Prim Prev*, 21(1), 47-73.
- (249) Frohlich, K. L. & Potvin, L. (1990). Collective lifestyles as the target for health promotion. *Can J Public Health*, 90(Suppl 1), S11-S14.
- (250) Frohlich, K. L., Potvin, L., Gauvin, L. & Chabot, P. (2002). Youth smoking initiation: Disentangling context from composition. *Health Place*, 8(3), 155-166.
- (251) Frohlich, K. L., Potvin, L., Chabot, P. & Corin, E. (2002). A theoretical and empirical analysis of context: Neighbourhoods, smoking and youth. *Soc Sci Med*, 54(9), 1401-1417.
- (252) Comité consultatif sur la santé de la population (2001). *La stratégie nationale : Aller vers l'avant*. Rapport d'étape fédéral, provincial, territorial 2001 sur la lutte contre le tabagisme. Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme. Gouvernement du Canada : ministère des

Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada. Se référer au site : [www.lutte-au-tabagisme.com](http://www.lutte-au-tabagisme.com)

- (253) Centers for Disease Control and Prevention (2001). *Investment in tobacco control: State highlights-2001*. Atlanta, Ga, U.S. Dept. of Health and Human Services, Centre for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health. Se référer au site : [http://www.cdc.gov/tobacco/statehi/pdf\\_2001/2001statehighlights.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/statehi/pdf_2001/2001statehighlights.pdf)
- (254) California Department of Health Services / Tobacco Control Section (2000). *California tobacco control update*. Se référer au site : <http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/CTCUpdate.pdf>
- (255) Institute of Medicine (2000). *State programs can reduce tobacco use*. Washington, D.C.: National Research Council. Se référer au site : [http://www.nap.edu/html/state\\_tobacco/](http://www.nap.edu/html/state_tobacco/)
- (256) Farrelly, M. C., Pechacek, T. F. & Chaloupka, F. J. (2001). *The impact of tobacco control program expenditures on aggregate cigarette sales: 1981-1998*. National Bureau of Economic Research Working Paper Series No 8691. Se référer au site : <http://www.nber.org/papers/w8691>
- (257) Bitton, A., Fichtenberg, C. & Glantz, S. (2001). Reducing smoking prevalence to 10% in five years. *JAMA*, 286(21), 2733-2734.
- (258) Ashley, M. J., Boadway, T., Cameron, R., D'Avernas, J., Ferrence, A. P., Schabas, R. & al. (1999). *Les actes sont plus éloquentes que les mots: un plan d'attaque au tabagisme en Ontario*. Rapport présenté au ministre de la santé par son comité d'experts sur la relance de la stratégie antitabac de l'Ontario. Gouvernement de l'Ontario. Canada. Se référer au site : [http://www.otru.org/pdf/special\\_actions\\_fr.pdf](http://www.otru.org/pdf/special_actions_fr.pdf)
- (259) Glantz, S. A. & Balbach, E. D. (2000). *Tobacco war: Inside the California battles*. Berkeley: University of California Press. Se référer au site : <http://ark.cdlib.org/ark:/13030/ft167nb0vq/>
- (260) Aguinaga-Bialous, S. & Glantz, S. A. (1999). Arizona's tobacco control initiative illustrates the need for continuing oversight by tobacco control advocates. *Tob Control*, 8(2), 141-151. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/8/2/141.pdf>
- (261) Givel, M. S. & Glantz, S. A. (1999). *Tobacco industry political power and influence in Florida from 1979 to 1999*. University of California, San Francisco, Institute for Health Policy Studies. Se référer au site : [www.library.ucsf.edu/tobacco/fl/](http://www.library.ucsf.edu/tobacco/fl/)
- (262) Hill, D. (1999). Why we should tackle adult smoking first. *Tob Control*, 8(3), 333-335. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/8/3/333.pdf>
- (263) Glantz, S. A. (1999). *Effective strategies in tobacco control: Lessons from California*. Tobacco Freedom. Se référer au site : <http://www.tobaccofreedom.org/issues/trends/strategies.html>
- (264) Myers, M. L. (1999). Adults versus teenagers: A false dilemma and a dangerous choice. *Tob Control*, 8(3), 336-338. Se référer au site : <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/8/3/336.pdf>

- (265) Organisation Mondiale de la Santé (1997). *Non au tabac : troisième plan d'action pour une Europe sans tabac 1997-2001*. Copenhague (Danemark): Organisation Mondiale de la Santé / Bureau régional de l'Europe. Se référer au site : [www.who.dk/adt/pdf/tactionf.pdf](http://www.who.dk/adt/pdf/tactionf.pdf)
- (266) Studlar, D. T. (2002). *Tobacco control. Comparative politics in the United States and Canada*. Peterborough, Ontario: Broadview Press.
- (267) Celebucki, C., Biener, L. & Koh, H. K. (1998). Evaluation: Methods and strategy for evaluation-Massachusetts. *Cancer*, 83(12 Suppl), 2760-2765.
- (268) Pierce, J. P., Farkas, A., Evans, N., Berry, C., Choi, W., Rosbrook, B. & al. (1993). *Tobacco use in California 1992: A focus on preventing uptake in adolescents*. Sacramento: Calif. California Department of Health Services. Se référer au Site : <http://ssdc.ucsd.edu/ssdc/pdf/finalrpt1992.pdf>
- (269) Moore, J. M. & Bjornson, W. (1998). Evaluation: Methods and strategy for evaluation-Oregon. *Cancer*, 83(12 Suppl), 2770-2772.
- (270) Russell, C. M. (1998). Evaluation: methods and strategy for evaluation-California. *Cancer*, 83(12 Suppl), 2755-2759.
- (271) Reid, D. (1999). Failure of an intervention to stop teenagers smoking. Not such a disappointment as it appears. *BMJ*, 319(7215), 934-935. Se référer au site : <http://bmj.bmjjournals.com/cgi/reprint/319/7215/934>
- (272) Warner, K. E., Jacobson, P. D. & Kaufman, N. J. (2003). Innovative approaches to youth tobacco control: introduction and overview. *Tob Control*, 12 (Suppl 1), I1-I5. Se référer au site : [http://tc.bmjjournals.com/cgi/reprint/12/suppl\\_1/i1.pdf](http://tc.bmjjournals.com/cgi/reprint/12/suppl_1/i1.pdf)
- (273) Côté, D. (2003). Retour des présentoirs en Saskatchewan. *Info Tabac*, (47), 11. Se référer au site : [http://collection.nlc-bnc.ca/100/201/300/info\\_tabac/pdf/2003/no47.pdf](http://collection.nlc-bnc.ca/100/201/300/info_tabac/pdf/2003/no47.pdf)
- (274) Manske, S. & Dobrins, M. (2002). Examining youth tobacco prevention: A discussion paper. McMaster University.
- (275) Vitaro, F. & Carbonneau, R. (2000). La prévention de la consommation abusive ou précoce de substances psychotropes chez les jeunes. In: F. Vitaro, C. Gagnon (Eds). *Prévention des problèmes d'adaptation*. Tome II : Les problèmes externalisés. Les presses de l'université de Québec, 335-378.
- (276) Glynn, T. J., Anderson, D. M. & Schwarz, L. (1991). Tobacco-use reduction among high-risk youth: Recommendations of a National Cancer Institute Expert Advisory Panel. *Prev Med*, 20(2), 279-291.
- (277) Deschesnes, M., Martin, C. & Hill, A. J. (2002). Comprehensive approaches to school health promotion: How to achieve broader implementation? *Health Promot Int*, 18(4), 387-396.
- (278) CSAP - Center for Substance Abuse Prevention (2002). *CSPA model program - substance abuse and mental health*. U.S. Dept. of Health and Human Services. LifeSkills Training. Se référer au site : <http://www.modelprograms.samhsa.gov/pdfs/FactSheets/lifeskills.pdf>

- (279) CSAP - Center for Substance Abuse Prevention (2002). *CSPA model program - substance abuse and mental health*. U.S. Dept. of Health and Human Services. Project Toward No Tobacco Use. Se référer au site :  
<http://www.modelprograms.samhsa.gov/pdfs/FactSheets/Project%20TNT.pdf>
- (280) O'laughlin, J.O., Paradis, G., Kim, W., DiFranza, I., Meshefedjian, G., McMillan-Davey, E., Wong, S., Hanley, J. & Tyndale, R. F. Genetically decreased CYP 2A6 and the risk of dependence: A prospective study of novice smokers. *Tobacco control* (In press).

## **ANNEXE 1**

### **USAGE DU TABAC DANS LA POPULATION DE 12 ANS ET PLUS, CANADA ET PROVINCES, 2000-2001**

# ANNEXE 1 USAGE DU TABAC DANS LA POPULATION DE 12 ANS ET PLUS, CANADA ET PROVINCES, 2000-2001

| Usage du tabac<br>2000 – 2001<br>Population de 12 et plus <sup>1</sup> | Fumeurs<br>réguliers <sup>2</sup><br>(%) | Fumeurs<br>occasionnels <sup>3</sup><br>(%) | Fumeurs<br>actuels <sup>4</sup><br>(%) | Anciens<br>fumeurs <sup>5</sup><br>(%) | N'a jamais<br>fumé<br>(%) |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------|
| <b>Total, Canada</b>                                                   | <b>21,5</b>                              | <b>4,4</b>                                  | <b>25,9</b>                            | <b>36,7</b>                            | <b>37,2</b>               |
| Hommes                                                                 | 23,5                                     | 4,5                                         | 28,0                                   | 39,6                                   | 32,0                      |
| Femmes                                                                 | 19,4                                     | 4,3                                         | 23,7                                   | 33,9                                   | 42,2                      |
| <b>Alberta<sup>6</sup></b>                                             | <b>22,9</b>                              | <b>4,7</b>                                  | <b>27,6</b>                            | <b>35,2</b>                            | <b>36,8</b>               |
| Hommes                                                                 | 24,8                                     | 4,8                                         | 29,6                                   | 38,1                                   | 31,7                      |
| Femmes                                                                 | 21,0                                     | 4,5                                         | 25,5                                   | 32,2                                   | 42,1                      |
| <b>Colombie-Britannique</b>                                            | <b>16,3</b>                              | <b>4,2</b>                                  | <b>20,5</b>                            | <b>38,8</b>                            | <b>40,1</b>               |
| Hommes                                                                 | 17,9                                     | 4,4                                         | 22,3                                   | 41,8                                   | 35,2                      |
| Femmes                                                                 | 14,7                                     | 4,1                                         | 18,8                                   | 35,8                                   | 44,9                      |
| <b>Île du Prince-Édouard<sup>7,8</sup></b>                             | <b>24,5</b>                              | <b>3,4</b>                                  | <b>27,9</b>                            | <b>37,9</b>                            | <b>34,2</b>               |
| Hommes                                                                 | 26,0                                     | 3,6E <sup>14</sup>                          | 29,6                                   | 41,5                                   | 28,8                      |
| Femmes                                                                 | 23,1                                     | 3,1                                         | 26,2                                   | 34,4                                   | 39,3                      |
| <b>Manitoba<sup>9</sup></b>                                            | <b>20,1</b>                              | <b>4,9</b>                                  | <b>25,0</b>                            | <b>37,1</b>                            | <b>37,4</b>               |
| Hommes                                                                 | 22,5                                     | 5,2                                         | 27,7                                   | 40,6                                   | 31,0                      |
| Femmes                                                                 | 17,8                                     | 4,6                                         | 22,4                                   | 33,8                                   | 43,7                      |
| <b>Nouveau-Brunswick</b>                                               | <b>23,3</b>                              | <b>3,1</b>                                  | <b>26,4</b>                            | <b>39,5</b>                            | <b>34,0</b>               |
| Hommes                                                                 | 25,2                                     | 2,6                                         | 27,8                                   | 42,7                                   | 29,2                      |
| Femmes                                                                 | 21,4                                     | 3,5                                         | 24,9                                   | 36,4                                   | 38,6                      |
| <b>Nouvelle-Écosse<sup>10</sup></b>                                    | <b>23,4</b>                              | <b>4,8</b>                                  | <b>28,2</b>                            | <b>39,4</b>                            | <b>32,3</b>               |
| Hommes                                                                 | 25,8                                     | 4,4E <sup>14</sup>                          | 30,2                                   | 41,6                                   | 27,9                      |
| Femmes                                                                 | 21,2                                     | 5,1                                         | 26,3                                   | 37,4                                   | 36,3                      |
| <b>Ontario<sup>11</sup></b>                                            | <b>20,1</b>                              | <b>4,4</b>                                  | <b>24,5</b>                            | <b>35,1</b>                            | <b>40,2</b>               |
| Hommes                                                                 | 22,7                                     | 4,6                                         | 27,3                                   | 38,2                                   | 34,2                      |
| Femmes                                                                 | 17,6                                     | 4,2                                         | 21,8                                   | 32,1                                   | 46,0                      |
| <b>Québec</b>                                                          | <b>24,9</b>                              | <b>4,6</b>                                  | <b>29,5</b>                            | <b>37,6</b>                            | <b>32,8</b>               |
| Hommes                                                                 | 26,6                                     | 4,5                                         | 31,1                                   | 40,0                                   | 28,7                      |
| Femmes                                                                 | 23,3                                     | 4,6                                         | 27,9                                   | 35,3                                   | 36,7                      |
| <b>Saskatchewan<sup>12</sup></b>                                       | <b>23,3</b>                              | <b>4,3</b>                                  | <b>27,6</b>                            | <b>38,7</b>                            | <b>33,5</b>               |
| Hommes                                                                 | 23,6                                     | 4,3                                         | 27,9                                   | 42,0                                   | 29,7                      |
| Femmes                                                                 | 23,0                                     | 4,3                                         | 27,3                                   | 35,5                                   | 37,2                      |
| <b>Terre-Neuve et Labrador<sup>13</sup></b>                            | <b>24,9</b>                              | <b>4,1</b>                                  | <b>29,0</b>                            | <b>38,3</b>                            | <b>32,6</b>               |
| Hommes                                                                 | 26,6                                     | 4,2                                         | 30,8                                   | 42,3                                   | 26,8                      |
| Femmes                                                                 | 23,3                                     | 4,0                                         | 27,3                                   | 34,5                                   | 38,2                      |

<sup>1</sup> Personnes de 12 ans et plus qui ont précisé leur catégorie d'usage du tabac.

<sup>2</sup> L'usage quotidien du tabac désigne la consommation d'au moins une cigarette au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête.

<sup>3</sup> L'usage occasionnel du tabac désigne la consommation d'au moins une cigarette au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête, mais pas chaque jour.

<sup>4</sup> Les fumeurs actuels sont ceux qui fument quotidiennement ou occasionnellement.

<sup>5</sup> Les anciens fumeurs sont ceux qui auparavant fumaient quotidiennement ou occasionnellement et qui ne fument plus du tout.

<sup>6</sup> En Alberta, les régions sociosanitaires sont appelées « Health Authorities (HA) » ou « Regional Health Authorities (RHA) ».

<sup>7</sup> À l'Île-du-Prince-Édouard, les deux régions sociosanitaires divisent la province selon une entité « rurale » et une entité « urbaine ».

<sup>8</sup> L'Île-du-Prince-Édouard a délimité les régions sociosanitaires pour les seuls besoins statistiques; lesquelles ne correspondent en rien aux cinq régions sociosanitaires créées à des fins de gestion.

<sup>9</sup> Compte tenu de la faible population de Churchill au Manitoba (1 110 habitants en 1996), l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes recueille seulement des données pour l'agrégat de Burntwood et Churchill (régions 4680, 4690).

<sup>10</sup> En Nouvelle-Écosse, les régions sont appelées des « zones » et correspondent aux limites administratives des régions sociosanitaires de la province.

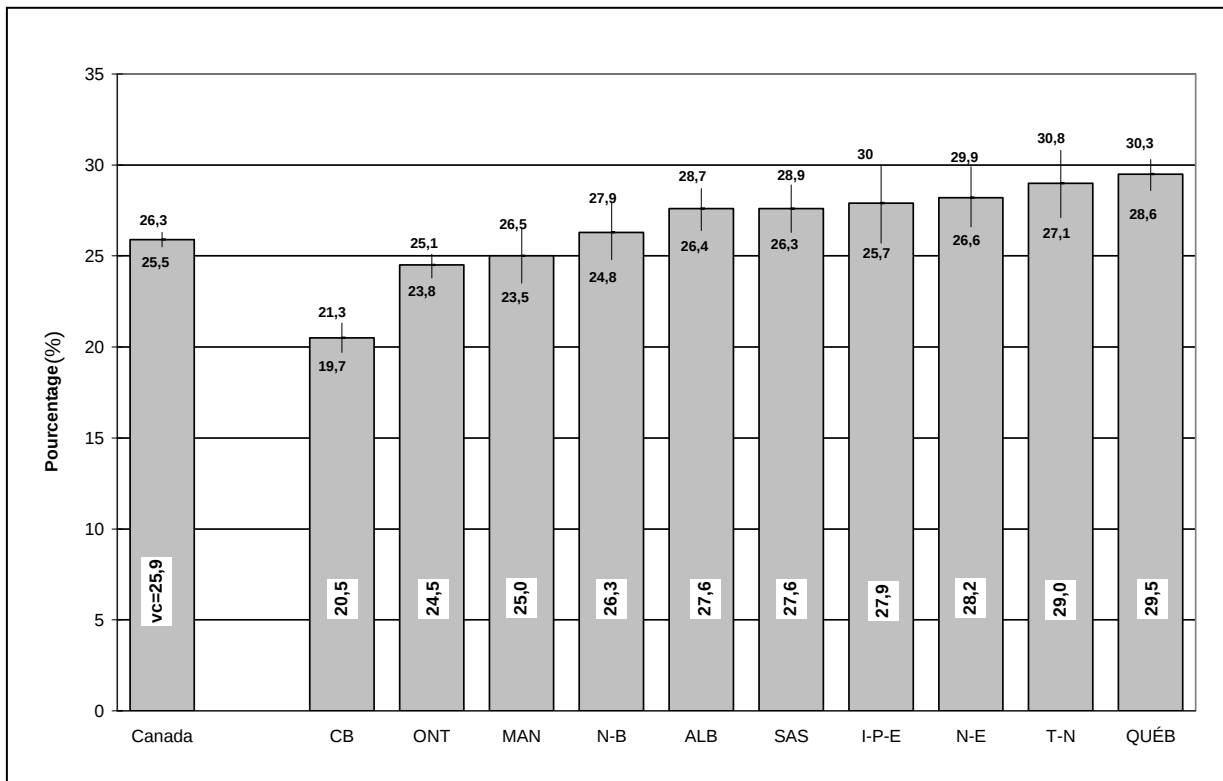
- <sup>11</sup> En Ontario, les « Public Health Units (PHU) » gèrent les programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie, tandis que les « District Health Councils (DHC) » sont des organismes consultatifs de planification en matière de santé.
- <sup>12</sup> En Saskatchewan, des « services areas (SA) » ont été créés en regroupant les 33 districts de santé.
- <sup>13</sup> À Terre-Neuve-et-Labrador, les régions sociosanitaires sont généralement appelées des régions « Health and Community Services (HCS) ».
- <sup>14</sup> Les données dont le coefficient de variation (CV) se situe entre 16,6% et 33,3% sont marquées d'un (E) et doivent être interprétées avec prudence.

Source : Données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2002, collectées entre septembre 2000 et novembre 2001. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Tableau CANSIM numéro 01050027.

## **ANNEXE 2**

**PROPORTION DE FUMEURS ACTUELS DE 12 ANS  
ET PLUS, CANADA ET PROVINCES, 2000-2001**

## ANNEXE 2 PROPORTION DE FUMEURS ACTUELS DE 12 ANS ET PLUS, CANADA ET PROVINCES, 2000-2001



Les limites supérieures et inférieures représentent les intervalles de confiance à 95 %.

Vc : Valeur centrale de la prévalence.

Source : Données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada, 2002.

### **ANNEXE 3**

**USAGE DU TABAC DANS LA POPULATION DE 12 ANS  
ET PLUS SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC, 2000-2001**

### ANNEXE 3 USAGE DU TABAC DANS LA POPULATION DE 12 ANS ET PLUS SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC, 2000-2001

| Usage du tabac<br>2000 – 2001<br>Population de 12 et plus <sup>1</sup> | Fumeurs<br>réguliers <sup>2</sup><br>(%) | Fumeurs<br>occasionnels <sup>3</sup><br>(%) | Fumeurs<br>actuels <sup>4</sup><br>(%) | Anciens<br>fumeurs <sup>5</sup><br>(%) | N'a jamais<br>fumé<br>(%) |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------|
| <b>Total Québec</b>                                                    | <b>24,9</b>                              | <b>4,6</b>                                  | <b>29,5</b>                            | <b>37,6</b>                            | <b>32,8</b>               |
| Hommes                                                                 | 26,6                                     | 4,5                                         | 31,1                                   | 40,0                                   | 28,7                      |
| Femmes                                                                 | 23,3                                     | 4,6                                         | 27,9                                   | 35,3                                   | 36,7                      |
| <b>Abitibi-Témiscamingue</b>                                           | <b>27,8</b>                              | <b>F 4,6<sup>7,8</sup></b>                  | <b>32,4</b>                            | <b>39,6</b>                            | <b>28,2</b>               |
| Hommes                                                                 | 30,1                                     | F 4,5                                       | 34,6                                   | 40,6                                   | 25,3                      |
| Femmes                                                                 | 25,4                                     | F 4,6                                       | 30,0                                   | 38,6                                   | 31,2                      |
| <b>Bas-Saint-Laurent</b>                                               | <b>24,3</b>                              | <b>5,1 E<sup>6</sup></b>                    | <b>29,4</b>                            | <b>34,7</b>                            | <b>35,6</b>               |
| Hommes                                                                 | 25,9                                     | 5,1 E                                       | 31,0                                   | 38,6                                   | 30,1                      |
| Femmes                                                                 | 22,6                                     | F 4,6                                       | 27,2                                   | 30,9                                   | 41,0                      |
| <b>Chaudière-Appalaches</b>                                            | <b>21,2</b>                              | <b>5,1</b>                                  | <b>26,3</b>                            | <b>39,8</b>                            | <b>33,6</b>               |
| Hommes                                                                 | 22,7                                     | 5,4 E                                       | 28,1                                   | 41,7                                   | 29,6                      |
| Femmes                                                                 | 19,7                                     | 4,8 E                                       | 24,5                                   | 38,0                                   | 37,5                      |
| <b>Côte-Nord</b>                                                       | <b>31,3</b>                              | <b>4,5 E</b>                                | <b>35,8</b>                            | <b>43,8</b>                            | <b>20,2</b>               |
| Hommes                                                                 | 32,5                                     | 2,9 E                                       | 35,4                                   | 48,7                                   | 15,7 E <sup>6</sup>       |
| Femmes                                                                 | 30,1                                     | 6,2 E                                       | 36,3                                   | 38,6                                   | 25,0                      |
| <b>Estrie</b>                                                          | <b>25,3</b>                              | <b>4,3</b>                                  | <b>29,6</b>                            | <b>36,9</b>                            | <b>33,4</b>               |
| Hommes                                                                 | 27,6                                     | 5,0 E                                       | 32,6                                   | 38,5                                   | 28,7                      |
| Femmes                                                                 | 23,1                                     | 3,6 E                                       | 26,7                                   | 35,3                                   | 38,1                      |
| <b>Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine</b>                                   | <b>29,6</b>                              | <b>3,1</b>                                  | <b>32,7</b>                            | <b>40,5</b>                            | <b>26,5</b>               |
| Hommes                                                                 | 31,0                                     | 3,8                                         | 34,8                                   | 44,8                                   | 19,7                      |
| Femmes                                                                 | 28,1                                     | 2,5                                         | 30,6                                   | 36,2                                   | 33,2                      |
| <b>Lanaudière</b>                                                      | <b>29,9</b>                              | <b>3,4 E</b>                                | <b>33,3</b>                            | <b>38,0</b>                            | <b>28,6</b>               |
| Hommes                                                                 | 32,5                                     | 4,5                                         | 37,0                                   | 40,6                                   | 23,5                      |
| Femmes                                                                 | 27,3                                     | 3,6 E                                       | 30,9                                   | 35,5                                   | 33,6                      |
| <b>Laurentides</b>                                                     | <b>27,6</b>                              | <b>F 4,6</b>                                | <b>32,2</b>                            | <b>39,5</b>                            | <b>29,2</b>               |
| Hommes                                                                 | 26,4                                     | F 4,5                                       | 30,9                                   | 40,7                                   | 28,1                      |
| Femmes                                                                 | 28,8                                     | F 4,6                                       | 33,4                                   | 38,2                                   | 30,4                      |
| <b>Laval</b>                                                           | <b>22,2</b>                              | <b>5,5 E</b>                                | <b>27,7</b>                            | <b>37,9</b>                            | <b>34,4</b>               |
| Hommes                                                                 | 23,5                                     | F 4,5                                       | 28,0                                   | 40,8                                   | 29,8                      |
| Femmes                                                                 | 21,0                                     | 5,2 E                                       | 26,2                                   | 35,1                                   | 38,7                      |
| <b>Mauricie et Centre-du-Québec</b>                                    | <b>27,1</b>                              | <b>3,8</b>                                  | <b>30,9</b>                            | <b>39,6</b>                            | <b>29,2</b>               |
| Hommes                                                                 | 28,1                                     | 3,4 E                                       | 31,5                                   | 39,9                                   | 28,5                      |
| Femmes                                                                 | 26,2                                     | 4,1 E                                       | 30,3                                   | 39,2                                   | 29,9                      |
| <b>Montérégie</b>                                                      | <b>25,0</b>                              | <b>4,0</b>                                  | <b>29,0</b>                            | <b>39,0</b>                            | <b>31,8</b>               |
| Hommes                                                                 | 25,5                                     | 3,5 E                                       | 29,0                                   | 42,4                                   | 28,5                      |
| Femmes                                                                 | 24,6                                     | 4,5 E                                       | 29,1                                   | 35,6                                   | 35,1                      |
| <b>Montréal</b>                                                        | <b>21,6</b>                              | <b>5,3</b>                                  | <b>26,9</b>                            | <b>35,3</b>                            | <b>37,7</b>               |
| Hommes                                                                 | 24,5                                     | 5,2                                         | 29,7                                   | 38,2                                   | 31,7                      |
| Femmes                                                                 | 18,9                                     | 5,3                                         | 24,2                                   | 32,5                                   | 43,3                      |
| <b>Nord-du-Québec</b>                                                  | <b>27,7</b>                              | <b>7,2 E</b>                                | <b>34,9</b>                            | <b>37,8</b>                            | <b>26,1</b>               |
| Hommes                                                                 | 28,5                                     | 8,1 E                                       | 36,6                                   | 35,7                                   | 25,8                      |
| Femmes                                                                 | 26,9                                     | 6,3 E                                       | 33,2                                   | 40,0                                   | 26,4                      |
| <b>Outaouais</b>                                                       | <b>34,5</b>                              | <b>4,8</b>                                  | <b>39,3</b>                            | <b>31,4</b>                            | <b>29,2</b>               |
| Hommes                                                                 | 37,3                                     | 4,2 E                                       | 41,5                                   | 33,1                                   | 25,3                      |
| Femmes                                                                 | 31,7                                     | 5,4 E                                       | 37,1                                   | 29,8                                   | 33,1                      |

| <b>Usage du tabac<br/>2000 – 2001<br/>Population de 12 et plus<sup>1</sup></b> | <b>Fumeurs<br/>réguliers<sup>2</sup><br/>(%)</b> | <b>Fumeurs<br/>occasionnels<sup>3</sup><br/>(%)</b> | <b>Fumeurs<br/>actuels<sup>4</sup><br/>(%)</b> | <b>Anciens<br/>fumeurs<sup>5</sup><br/>(%)</b> | <b>N'a jamais<br/>fumé<br/>(%)</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Capitale nationale</b>                                                      | <b>22,9</b>                                      | <b>4,9</b>                                          | <b>27,8</b>                                    | <b>38,9</b>                                    | <b>33,3</b>                        |
| Hommes                                                                         | 25,0                                             | 4,2 E <sup>6</sup>                                  | 29,2                                           | 40,7                                           | 30,1                               |
| Femmes                                                                         | 21,0                                             | 5,5 E                                               | 26,5                                           | 37,3                                           | 36,2                               |
| <b>Saguenay/Lac-Saint-Jean</b>                                                 | <b>27,7</b>                                      | <b>4,6 E</b>                                        | <b>32,3</b>                                    | <b>38,9</b>                                    | <b>28,5</b>                        |
| Hommes                                                                         | 29,4                                             | 6,4 E                                               | 35,8                                           | 39,0                                           | 24,7                               |
| Femmes                                                                         | 26,0                                             | F 4,6 <sup>7,8</sup>                                | 30,6                                           | 38,8                                           | 32,2                               |

<sup>1</sup> Personnes de 12 ans et plus qui ont précisé leur catégorie d'usage du tabac.

<sup>2</sup> L'usage quotidien du tabac désigne la consommation d'au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours qui ont précédé l'enquête.

<sup>3</sup> L'usage occasionnel du tabac désigne la consommation d'au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours qui ont précédé l'enquête, mais pas chaque jour.

<sup>4</sup> Les fumeurs actuels sont ceux qui fument quotidiennement ou occasionnellement.

<sup>5</sup> Les anciens fumeurs sont ceux qui auparavant fumaient quotidiennement ou occasionnellement et qui ne fument plus du tout.

<sup>6</sup> Les données dont le coefficient de variation (CV) se situe entre 16,6 % et 33,3 % sont marquées d'un (E) et doivent être interprétées avec prudence.

<sup>7</sup> Les données présentant un coefficient de variation (CV) supérieur à 33,3 % ont été supprimées (F) en raison de l'extrême variabilité d'échantillonnage.

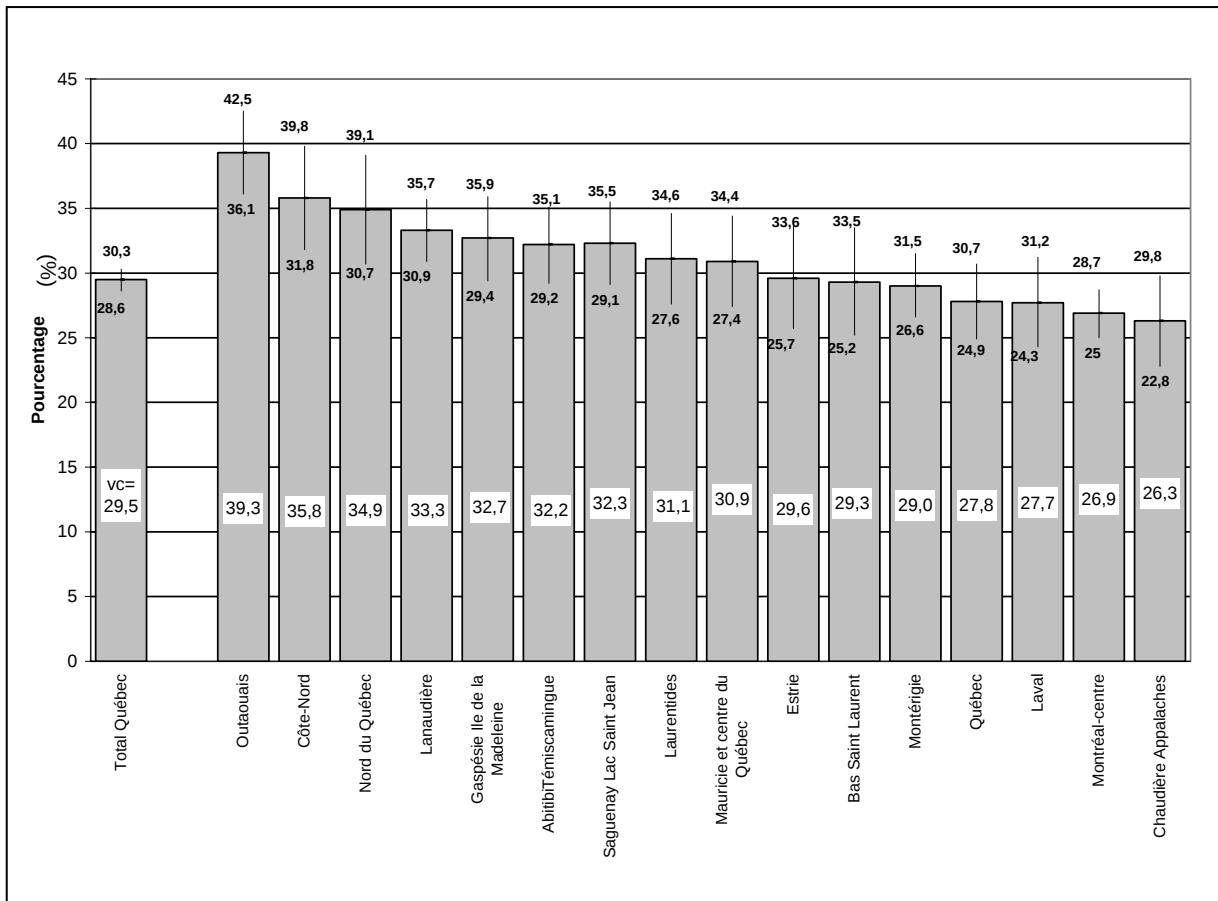
<sup>8</sup> F: lorsque la donnée sur les fumeurs occasionnels était manquante, la donnée provinciale était utilisée comme approximation.

Source : Données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2002, collectées entre septembre 2000 et novembre 2001. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2002, Indicateurs de la santé, Mai 2002, No. 82-221-XIF au catalogue.

#### **ANNEXE 4**

**PROPORTION DE FUMEURS ACTUELS DE 12 ANS ET  
PLUS SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC, 2000-2001**

## ANNEXE 4 PROPORTION DE FUMEURS ACTUELS DE 12 ANS ET PLUS SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC, 2000-2001



Les limites supérieures et inférieures représentent les intervalles de confiance à 95 %.

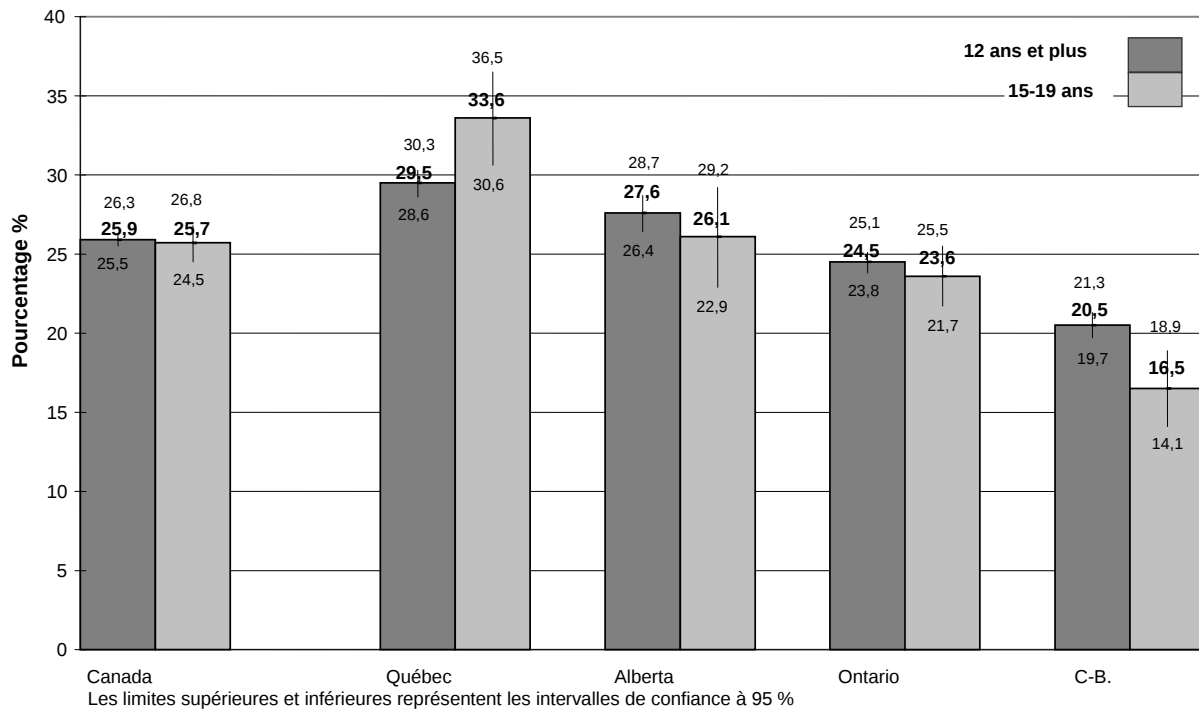
Vc : Valeur centrale de la prévalence.

Source : Données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada, 2002.

## **ANNEXE 5**

**PRÉVALENCE DES FUMEURS ACTUELS DE 12 ANS ET PLUS ET  
DE 15 À 19 ANS, CANADA ET PROVINCES, 2001 (ESCC)**

## ANNEXE 5 PRÉVALENCE DES FUMEURS ACTUELS DE 12 ANS ET PLUS ET DE 15 À 19 ANS, CANADA ET PROVINCES, 2001 (ESCC)



Source : Données tirées de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, 2000-2001, (ESCC).

## **ANNEXE 6**

### **PRINCIPALES PUBLICATIONS ÉNONÇANT DES RECOMMANDATIONS À L'ÉGARD DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES**

## ANNEXE 6 PRINCIPALES PUBLICATIONS ÉNONÇANT DES RECOMMANDATIONS À L'ÉGARD DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES

| Année | # | Document publié                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1989  | 1 | Glynn TJ. Essential elements of school-based smoking prevention programs. J Sch Health 1989; 59(5):181-188. <sup>(65)</sup>                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1991  | 2 | Glynn TJ, Anderson DM, Schwarz L. Tobacco-use reduction among high-risk youth: recommendations of a National Cancer Institute Expert Advisory Panel. Prev Med 1991; 20(2):279-291. <sup>(276)</sup>                                                                                                                                                                   |
| 1994  | 3 | U.S.Dept. of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. Atlanta, Ga: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994. <sup>(17)</sup> |
| 1994  | 4 | Institute of Medicine. Growing up tobacco free / Preventing nicotine addiction in children and youths. A report of the Institute of Medicine. Washington, D.C: National Academy Press, 1994. <sup>(35)</sup>                                                                                                                                                          |
| 1994  | 5 | Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. Centers for Disease Control and Prevention. Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep 1994; 43(RR-2):1-18. <sup>(40)</sup>                                                                                                                              |
| 1999  | 6 | Centers for Disease Control and Prevention. Best practices for comprehensive tobacco control programs. Atlanta, Ga.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1999. <sup>(6)</sup>                                     |
| 2000  | 7 | U.S. Dept. of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Washington, D.C.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000. <sup>(7)</sup>                 |
| 2001  | 8 | Hopkins DP, Fielding JE, Task Force on Community Preventive Services. The guide to community preventive services: Tobacco use prevention and control. Reviews, recommendations, and expert commentary. Am J Prev Med 2001; 20(2):1-87. <sup>(8)</sup>                                                                                                                 |

Les deux premières publications présentées dans le tableau ci-haut témoignent de l'essentiel des recherches qui étaient menées durant les années 1980. Durant cette décennie, de nombreux chercheurs se sont penchés sur l'approche d'intervention optimale à mettre en place en milieu scolaire. L'intervention auprès des jeunes de milieux défavorisés a fait également l'objet de recommandations malgré le peu de données disponibles sur ce sujet d'étude. Les documents 3 et 4 constituent les premiers rapports scientifiques ayant porté spécifiquement sur les jeunes et le tabagisme. Ces rapports détaillés, publiés en 1994, ont notamment fait la synthèse des recherches scientifiques sur les facteurs explicatifs du tabagisme juvénile et sur les stratégies de prévention.

L'importance d'adopter une approche écologique d'intervention a été particulièrement soulignée dans les deux rapports synthèse de 1994 (documents 3 et 4). Cette approche ayant été expérimentée et documentée dans plusieurs États américains, le Surgeon General des États-Unis en a rendu compte dans son tout dernier rapport en y consacrant un chapitre entier (document 7). Ainsi, dans les documents plus récents (documents 6, 7 et 8), l'intervention en milieu scolaire et sa faisabilité sont présentées et discutées comme faisant partie intégrante d'un programme

écologique de réduction du tabagisme comportant plusieurs autres composantes. Plusieurs groupes d'experts se sont aussi intéressés de façon plus spécifique au curriculum en classe comme en témoignent les publications 1, 2, 5, 7.

## **ANNEXE 7**

### **RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES CARACTÉRISTIQUES DU CURRICULUM SCOLAIRE**

## ANNEXE 7 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES CARACTÉRISTIQUES DU CURRICULUM SCOLAIRE

Les caractéristiques recommandées du curriculum scolaire émanent des travaux du panel d'experts réuni par le National Cancer Institute à la fin des années 1980<sup>(65)</sup>, des *Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction*<sup>(40)</sup> et des *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs* (6) produits respectivement en 1994 et 1999 par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis .

### 1. Le contenu

Le panel d'experts du NCI estime qu'un curriculum portant sur le développement d'habilités générales est pertinent. Il indique toutefois que les composantes minimales d'un curriculum devraient inclure de l'information sur les conséquences sociales du tabagisme et sur les effets physiologiques à court terme, de l'information sur les influences incitant à fumer (pairs, parents, médias) et une formation sur les habilités à refuser. Quoique bon nombre de curriculums comprennent la transmission d'information sur les effets à long terme sur la santé, le panel n'a pas jugé la preuve suffisante pour introduire ce thème parmi les matières à inclure dans un curriculum de base sur le tabagisme. Les trois composantes minimales énumérées ci haut sont fondées sur la recherche et figurent dans la très grande majorité des curriculums. Les panélistes précisent que la formation sur les habilités à refuser implique l'acquisition d'habilités telles que la prise de décision et la résolution de problèmes et devrait inclure des jeux de rôle et des exercices de simulation. De même, le fait que le tabagisme ne soit pas la norme chez les adolescents doit être expliqué. Enfin, les experts insistent sur l'importance de bien enseigner le programme tel qu'il a été conçu et évalué et recommandent une formation rigoureuse des professeurs<sup>(65)</sup>.

Les lignes directrices nationales pour les programmes scolaires des CDC (1994)<sup>(40)</sup> reprennent les conclusions du panel d'experts de 1989<sup>(65)</sup> mais détaillent davantage les contenus et ajoutent les conséquences physiologiques à long terme aux contenus à transmettre. En 1999, les CDC ont identifié deux programmes qu'ils recommandent comme des pratiques exemplaires soit le *Project Towards No Tobacco Use* et le *Life Skills Training*<sup>(6)</sup>. Le programme *Project Towards No Tobacco Use* touche uniquement le tabagisme et offre un nombre minimum de 12 leçons sur une période de deux ans. Le *Life Skills Training* constitue un programme beaucoup plus intensif couvrant le tabac, l'alcool et la marijuana. Le programme prévoit 30 leçons sur une période de trois ans.

La revue des écrits de Thomas (2002)<sup>(47)</sup> montre qu'aucune étude expérimentale n'a comparé directement des programmes comportant des nombres différents de sessions. Les résultats nuls du *Hutchison Smoking Prevention Project*<sup>(58)</sup> qui incluait plus de sessions qu'aucune autre étude, ont jeté le doute sur l'importance du nombre de sessions comme variable médiatrice, du moins dans le contexte des interventions sur les influences sociales.

## 2. L'intensité

Selon le panel d'experts du NCI, idéalement, dix sessions par année devraient être insérées dans le curriculum scolaire de la 6<sup>e</sup> à la 9<sup>e</sup> année ce qui, au Québec, équivaut de la 6<sup>e</sup> au secondaire 3. Toutefois, comme il est difficilement réalisable pour de nombreuses écoles d'offrir un curriculum de cette intensité, les experts recommandent que les sessions en classes soient dispensées sur une période de deux ans (entre la 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> année) à raison d'au moins cinq rencontres par an. Sussman (2001)<sup>(9)</sup> indique que des sessions rapprochées donneraient de meilleurs résultats à une transmission plus espacée quoiqu'il soit plus important de donner toutes les leçons d'un programme même si elles sont données sur plusieurs semaines que de n'offrir qu'une seule partie du programme. Les CDC<sup>(40)</sup> soulignent que le programme doit être particulièrement intensif au premier cycle du secondaire et renforcé au deuxième cycle.

## 3. Mode d'enseignement

Selon Glynn et coll. (1989)<sup>(65)</sup>, impliquer des pairs leader dans la transmission du curriculum scolaire peut améliorer l'efficacité du programme scolaire. Un élève qui assiste un professeur bien formé, pour certaines portions spécifiques du curriculum, constitue le mode d'enseignement le plus efficace. Les élèves semblent bien répondre quand un de leurs camarades s'implique, mais les programmes fonctionnent mieux quand les professeurs demeurent les principaux responsables du curriculum. Les programmes qui incluent la participation active de jeunes dans la diffusion du curriculum doivent s'assurer de faire un choix judicieux des pairs leader et de leur offrir une formation adéquate<sup>(109)</sup>.

Sussman (2001)<sup>(9)</sup> indique que les professeurs doivent opter pour la méthode socratique d'enseignement au moyen de laquelle ils posent des questions aux élèves afin que ces derniers fournissent d'eux-mêmes l'information préventive pertinente. Cette approche est préférable à la méthode didactique parce que les élèves sont plus susceptibles de valoriser les informations qui viennent d'eux mêmes. La méthode socratique réduirait par ailleurs la résistance de la classe à recevoir des messages antitabac et encouragerait la discussion et le consensus. À cette approche interactive doivent s'ajouter des méthodes d'enseignement variées telles que la démonstration, le modelage, la répétition et la rétroaction. Engager les jeunes dans des exercices d'écriture comme le plaidoyer ou l'engagement public peut également les aider à personnaliser les connaissances apprises, à apprendre de façon active et à susciter du changement. Finalement, les devoirs à la maison sont encouragés parce qu'ils favorisent une révision de la matière enseignée, la généralisation de la formation d'un endroit à l'autre (de l'école à la maison), la discussion avec la famille et l'expansion des cibles d'intervention (fratrie, parents).

## 4. Le curriculum scolaire spécifique ou non au tabagisme

Une question qui refait régulièrement surface est de savoir si les programmes de prévention du tabagisme devaient être intégrés dans les programmes de prévention de l'usage des drogues ou constituer des interventions indépendantes.

Les chercheurs ayant rédigé le rapport synthèse *Growing Up Tobacco Free* pour l'Institute of Medicine des États-Unis<sup>(35)</sup> ont rapporté que les programmes de prévention du tabagisme insérés dans des programmes écologiques de prévention des drogues pouvaient être efficaces en autant qu'un temps adéquat était alloué au tabagisme. Selon Vitaro et Carbonneau (2000)<sup>(275)</sup>, plusieurs programmes de prévention mettent l'accent sur une seule substance, par exemple la cigarette,

alors que les adolescents et surtout ceux qui ont des problèmes d'adaptation, ont tendance à utiliser une gamme variée de substances. C'est pourquoi, les programmes de prévention devraient couvrir au moins la cigarette, l'alcool et la marijuana, trois substances populaires auprès des jeunes. Les experts réunis par le National Cancer Institute des États-Unis<sup>(65,276)</sup> recommandent quant à eux, que les programmes de prévention du tabagisme soient dispensés à l'intérieur d'un programme plus large touchant plusieurs thèmes liés à la santé. Les CDC (1994)<sup>(40)</sup> préconisent également d'intégrer les programmes de prévention de l'usage du tabac à un programme plus large d'éducation pour la santé dans le cadre d'un programme d'école en santé<sup>(277)</sup>. Dans tous les cas, la composante de prévention du tabagisme doit alors recevoir une attention spécifique en classe soit un minimum de cinq leçons par année pendant deux ans.

## **ANNEXE 8**

### **DESCRIPTION DES DEUX CURRICULUMS SCOLAIRES RECOMMANDÉS PAR LES CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION**

## ANNEXE 8 DESCRIPTION DES DEUX CURRICULUMS SCOLAIRES RECOMMANDÉS PAR LES CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION<sup>(6)</sup>

### ***Life Skills Training***

Le *Life Skills Training* est un programme visant la modification des facteurs psychosociaux majeurs qui favorisent l'initiation et l'usage précoce de substances (tabac, alcool et marijuana). Le programme comprend trois composantes qui ciblent différentes habilités :

1. Les habilités de résistance aux drogues apprennent aux jeunes à reconnaître les perceptions erronées associées à l'usage de substances et à composer avec la pression des pairs et des médias.
2. Les habilités de contrôle de soi aident les élèves à analyser leur image de soi et ses effets sur leurs comportements, à se fixer des buts et à suivre leur progrès personnels, à identifier les décisions qu'ils prennent quotidiennement et la façon dont celles-ci sont influencées par les autres, à analyser des situations problèmes et enfin à considérer les conséquences des diverses solutions avant de prendre une décision.
3. Les habilités sociales générales donnent aux élèves les habilités nécessaires pour surmonter la timidité, pour communiquer efficacement et éviter les malentendus, pour s'affirmer avec un langage verbal et non verbal lorsqu'ils font des demandes ou refusent des offres et enfin pour reconnaître qu'ils peuvent faire des choix autres que la passivité ou l'agressivité lorsqu'ils font face à des situations difficiles<sup>(278)</sup>.

Le programme *Life Skills Training* est constitué d'un curriculum distinct pour le primaire (8 à 11 ans) et pour le secondaire (11 à 14 ans). Chaque curriculum comprend une série de cours répartie sur trois ans. Au secondaire, le programme inclut 15 séances de 45 minutes, la 1<sup>re</sup> année, 10 séances de rappel la 2<sup>e</sup> année et cinq séances de rappel la 3<sup>e</sup> année<sup>(278)</sup>.

### ***Towards No Tobacco Use***

Le programme *Towards No Tobacco Use* est un curriculum conçu pour prévenir ou réduire le tabagisme qui peut être offert aux jeunes de la 5<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> année (10 à 15 ans). Le programme comprend 10 leçons de 40 à 50 minutes chacune à transmettre au cours d'une première année suivies de deux leçons de rappel l'année suivante. Le programme comprend les activités suivantes : l'examen des influences exercées par les médias, les célébrités et les pairs, des pratiques d'écoute active, de communication efficace et d'affirmation avec des méthodes de développement d'estime de soi, de l'éducation sur la dépendance et les conséquences du tabagisme incluant la correction de la prévalence surestimée du tabagisme, l'apprentissage des techniques pour refuser les offres et les façons de contrecarrer l'influence des médias en pratiquant le plaidoyer, enfin des devoirs à faire à la maison et une compétition de classe<sup>(279)</sup>.

## **ANNEXE 9**

### **RÔLE DES AGENTS DE LIAISON POUR LA PROMOTION ET LE MAINTIEN DES PROGRAMMES ÉDUCATIFS DE PRÉVENTION DU TABAGISME**

## **ANNEXE 9 RÔLE DES AGENTS DE LIAISON POUR LA PROMOTION ET LE MAINTIEN DES PROGRAMMES ÉDUCATIFS DE PRÉVENTION DU TABAGISME**

Selon le rapport du Surgeon General des États-Unis<sup>(7,p.84-85)</sup>, les candidats locaux potentiels pour le rôle d'agents de liaison peuvent être des professeurs, des directeurs, des professionnels de la santé ou des volontaires. Chacun pourrait travailler à ce que le curriculum scolaire comprenne une forte composante pour prévenir le tabagisme. Les individus travaillant dans des coalitions pourraient aussi coordonner les efforts communautaires impliquant les familles, les organisations communautaires et les mass médias.

Au niveau de la province, les agents de liaison naturels seraient les coordonnateurs des dossiers tabac. Ils pourraient travailler par l'entremise des coalitions ou d'autres organisations à atteindre plusieurs buts :

1. Établir une législation rendant obligatoire la prévention du tabagisme en milieu scolaire avec des lignes directrices spécifiant un curriculum efficace.
2. Mettre en oeuvre un programme de formation au curriculum par l'intermédiaire des départements de l'éducation de l'État qui pourrait impliquer les administrateurs scolaires et les professeurs dans l'implantation du curriculum.
3. Établir un système de soutien et de surveillance pour déterminer la pénétration et la qualité des programmes à travers le système scolaire et améliorer l'enseignement concurremment à la formation des enseignants.
4. Travailler avec les groupes de parents et les organismes communautaires pour appuyer le programme scolaire.
5. Mobiliser les citoyens intéressés afin de diffuser des messages dans les médias couvrant chaque sphère de contenus recommandés par les lignes directrices des CDC.

À un niveau national, les agents de liaison pourraient être des organisations comme le National Cancer Institut (NCI) et les Centers for disease control and prevention. Ces institutions pourraient soutenir les efforts des États et des organismes locaux pour réduire le tabagisme avec du financement et une coordination continue qui réunirait régulièrement les agents de liaison des États pour partager des idées sur les programmes. Au niveau national, les agents de liaison doivent concentrer leurs efforts de diffusion en utilisant les médias de masse parce que les jeunes de différents milieux répondent de la même façon aux messages des médias pour prévenir le tabagisme. Ils doivent également utiliser ou créer des opportunités pour améliorer la diffusion des programmes qui ont été démontrés efficaces. Une fois les programmes identifiés et l'information sur ces programmes disséminée, le choix d'adopter un programme en particulier revient aux décideurs locaux en fonction des besoins et des standards de la communauté à qui ce programme s'adressera.

## **ANNEXE 10**

**DESCRIPTION SOMMAIRE DE CINQ ÉLÉMENTS DE  
CONTREMARKETING DES PRODUITS DU TABAC SELON  
LES CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION**

## ANNEXE 10 DESCRIPTION SOMMAIRE DE CINQ ÉLÉMENTS DE CONTREMARKETING DES PRODUITS DU TABAC SELON LES CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION<sup>(185)</sup>

### La publicité

La publicité est une tactique de communication dans laquelle les messages sont transmis directement et à plusieurs reprises à un large public. La publicité permet le contrôle du ton, du contenu et de la couverture du message. L'action publicitaire visant à réduire la consommation d'un produit ou l'utilisation d'un service et appelée soit : publicité de dissuasion, démarketing ou contre-publicité.

### Les relations publiques

Comme la publicité, les relations publiques constituent une façon de rejoindre le public avec des messages. Mais dans ce cas, les messages sont transmis par des personnes clés des médias (*médias gatekeepers*), des personnes impliquées ou affectées par le programme de contrôle du tabagisme (*stakeholders*), des leaders d'opinions ou autres personnes influentes avec qui des intervenants de santé publique ont développé des liens suivis. Les relations publiques visent à favoriser la dissémination de messages et d'informations à travers des intermédiaires, le plus souvent les médias d'information. De façon générale, le public cible considère ces sources d'information comme étant plus objectives et fiables que la publicité.

### Le plaidoyer par les médias (*media advocacy*)

Le plaidoyer par les médias est l'utilisation stratégique des médias et de l'influence de la communauté (*community advocacy*) pour faire progresser une cause sociale ou un changement de politique. Le plaidoyer par les médias se concentre sur les politiques publiques ou les règles domestiques pouvant produire des changements sociaux. Cette tactique est plus décentralisée, en lien avec la préoccupation de la communauté. C'est à travers les médias que les militants obtiennent un accès et une voix dans le processus de prise de décision. Le plaidoyer par les médias inclut la rédaction de lettres aux éditeurs, la recherche et la préparation de matériel pour éduquer et attirer l'attention des médias, la réponse aux appels des journalistes etc.

### Le marketing populaire (*grassroots marketing*)

Le marketing populaire encourage les gens à participer au programme de contremarketing. Il amène de nouvelles personnes à s'impliquer, augmente l'engagement de celles déjà rejointes par la campagne et emploie celles déjà impliquées à augmenter l'exposition de la population aux messages ou services clés du programme. Le marketing populaire implique de créer des liens et des partenariats avec des organisations, des groupes communautaires et des personnes-clés de la communauté et d'organiser différents événements, concours, activités auprès de différents publics cibles.

### L'alphabétisation appliquée aux médias (*média literacy*)

L'alphabétisation appliquée aux médias consiste à comprendre le fonctionnement des médias autant pour déconstruire et faire une analyse critique des messages produits par les différents médias que pour apprendre comment réaliser des messages prosanté efficaces visant à neutraliser les messages de l'industrie du tabac.

## **ANNEXE 11**

**DESCRIPTION SOMMAIRE DES PRINCIPAUX CANAUX DE  
TRANSMISSION DES MESSAGES DE CONTREMARKETING SELON  
LES CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION**

## ANNEXE 11 DESCRIPTION SOMMAIRE DES PRINCIPAUX CANAUX DE TRANSMISSION DES MESSAGES DE CONTREMARKETING SELON LES CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION<sup>(185)</sup>

### Canaux interpersonnels

Les canaux interpersonnels placent les messages de santé dans un contexte familial. Les médecins, les amis, les membres de la famille, les éducateurs, les entraîneurs sont des exemples de canaux interpersonnels pour atteindre le public cible.

L'influence à travers les contacts interpersonnels peut mieux fonctionner quand le public cible est déjà familier avec le message comme par exemple, après l'avoir entendu dans les médias. De même, les approches médiatiques sont plus efficaces pour changer les comportements quand elles sont complétées par les canaux interpersonnels.

### Canaux communautaires et organisationnels

Les canaux communautaires et organisationnels peuvent renforcer et augmenter la portée des messages médiatiques en ajoutant de la crédibilité et de la légitimité à ces messages. Les groupes communautaires et les organisations peuvent disséminer du matériel de promotion de la santé, tenir des événements et offrir de la formation reliée aux messages de contrôle du tabagisme. Les leaders de la communauté, (médecins, professionnels de la santé, leaders religieux, politiques ou sociaux etc.) peuvent être des canaux efficaces pour influencer les politiques et devenir d'excellents canaux interpersonnels.

### Canaux des médias de masse

Les canaux des médias de masse offrent une multitude d'opportunités de disséminer les messages de contremarketing. La radio publique ou communautaire, les émissions de télévision publique ou sur le câble, de divertissement ou d'affaires publiques, les magazines, les journaux, les envois par la poste, les panneaux-réclame, etc. sont autant d'exemples de canaux de transmission des médias de masse. On peut utiliser une variété de format et de canaux de diffusion. On choisit ceux qui sont les plus susceptibles d'atteindre le public cible, avec le plus d'efficacité. Les campagnes médiatiques constituent entre autres, une approche qui a fait ses preuves pour sensibiliser, inciter à chercher de l'information ou des services, augmenter les connaissances, changer les attitudes et même susciter certains changements dans les intentions comportementales et les comportements. Cependant le changement au niveau du comportement est généralement associé à des campagnes à long terme comportant de multiples interventions complémentaires.

### Canaux de diffusion des médias interactifs

Les médias interactifs sont déjà utiles et le seront encore plus dans l'avenir. Les sites Internet, les tableaux d'affichage électronique, les forums de discussion, le clavardage (*chat rooms*), les « CD-Roms » en sont des exemples. Ces médias permettent de diffuser des messages très ciblés et d'avoir de la rétroaction de la part du public. Le programme de contremarketing peut utiliser ces médias pour envoyer, par le courrier électronique, des messages individuels, de l'information, de la publicité, pour faire des enquêtes, pour échanger avec des pairs ou des partenaires, des idées et du matériel prêt à être utilisé, etc.

## **ANNEXE 12**

### **EFFICACITÉ ET FAISABILITÉ DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES : QUALITÉ DE LA PREUVE**

## ANNEXE 12 EFFICACITÉ ET FAISABILITÉ DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES : QUALITÉ DE LA PREUVE

| Types d'intervention                               | Efficacité et faisabilité : qualité de la preuve                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Interventions en milieu scolaire</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Curriculum en classe</b>                        | <p>Recommandations des experts : CDC 1994<sup>(40)</sup>; CDC 1999<sup>(6)</sup>.<br/>On dispose d'une quantité considérable de données d'évaluation provenant d'études expérimentales et quasi-expérimentales<sup>(29)</sup>. Plusieurs revues et méta-analyses couvrant près de 200 études ont examiné l'efficacité des curriculums. La majorité des études ont été faites chez les élèves du niveau secondaire. La synthèse des recherches démontre que les curriculums scolaires donnant les meilleurs résultats à court terme sont ceux basés sur les influences sociales. Ils réduisent le tabagisme, retardent l'initiation et créent le changement recherché dans les attitudes envers le tabagisme.</p> <p>Analyse des études par la <i>Cochrane review</i><sup>(47)</sup>.<br/>15 études rigoureuses dans lesquelles le modèle sur les influences sociales est le mode dominant d'intervention. Les résultats sont partagés. Les études les plus récentes remettent en question l'impact à long terme des programmes de prévention en milieu scolaire et suscitent une controverse.</p> <p>Analyse d'études faites au Québec.<br/>Les études menées auprès des élèves du primaire, par Côté, Godin, Gagné (2002)<sup>(67)</sup> et Renaud et coll. (1998)<sup>(68)</sup> ont respectivement conduit à des résultats nuls et contraires aux effets recherchés. Un panel d'experts a recommandé de revoir les lignes directrices des CDC (1999)<sup>(6)</sup> pour les enfants de 12 ans et moins, en particulier pour les 9-10 ans<sup>(69)</sup>. Ces données remettent en question la pertinence de diriger les efforts de prévention au primaire et suscitent une controverse.</p> <p>Faisabilité: Les enquêtes faites aux États-Unis montrent une implantation très limitée des lignes directrices pour les programmes scolaires des CDC et en particulier des curriculums scolaires.</p> |
| <b>Concours Classe</b>                             | Deux études avec un devis méthodologique non satisfaisant.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Les politiques antitabac en milieu scolaire</b> | <p>Recommandations des CDC (1994)<sup>(40)</sup>, CDC (1999)<sup>(6)</sup><br/>La preuve de l'efficacité de cette mesure s'appuie sur quelques études menées dans différents pays (Australie, États-Unis, Grande-Bretagne). Ces études se sont penchées sur les effets d'une politique antitabac qui s'applique à tous, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement d'enseignement, sur la prévalence et la consommation de tabac chez les jeunes. Le nombre d'études est limité mais dans la grande majorité, les résultats sont positifs.</p> <p>Faisabilité: Le Colorado et l'Ontario ont documenté et démontré la faisabilité de l'implantation de cette mesure.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| Types d'intervention                                                                                          | Efficacité et faisabilité : qualité de la preuve                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Interventions auprès des parents</b>                                                                       | <p>Plusieurs études ont démontré que les attitudes et les comportements des parents de même que l'existence ou non de règles antitabac à la maison, influencent le tabagisme des jeunes. Cette mesure est donc recommandée par l'ensemble des experts<sup>(6,7,40,109)</sup>.</p> <p>La preuve de l'efficacité des interventions auprès des parents est faible. L'évaluation de quelques programmes communautaires rigoureux qui ont inclus une composante principale s'adressant aux parents a montré qu'il était probable que l'action menée auprès des parents ait eu un impact positif sur les comportements santé des jeunes<sup>(89,118,120)</sup>.</p> <p>Faisabilité: Les études montrent qu'il est difficile de faire participer les parents aux activités de prévention demandant un déplacement<sup>(74)</sup>.</p> |
| <b>Implication des jeunes</b>                                                                                 | <p>Recommandation de plusieurs groupes experts<sup>(29,74,274)</sup>. Il est recommandé d'impliquer les jeunes à la fois dans le processus de développement et dans l'implantation de programmes.</p> <p>Très peu de résultats de recherche sur les interventions faites par les jeunes pour les jeunes ont été évaluées mais ces résultats sont positifs. On ne dispose pas à l'heure actuelle d'indications ou de descriptions sur la façon d'impliquer efficacement les jeunes (comment et quand).</p> <p>Impliquer activement les jeunes est considéré comme une innovation prometteuse. Il s'agit d'une stratégie d'intervention en plein développement.</p>                                                                                                                                                              |
| Lois et règlements                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restriction de la promotion et de la publicité</b>                                                         | <p>Selon le rapport du Surgeon General (2000)<sup>(7)</sup>, un nombre considérable de preuves ont été accumulées montrant que la publicité et la promotion sont des incitatifs puissants pour commencer et continuer à fumer. Mais peu d'études ont porté sur les effets des restrictions sur le tabagisme des jeunes.</p> <p>Les chercheurs évaluent qu'une interdiction complète peut réduire la consommation de tabac dans la population générale et avoir un impact notable sur l'initiation du tabagisme chez les jeunes<sup>(29)</sup>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Réglementation de l'emballage et l'étiquetage, et autres éléments de mise en marché et de distribution</b> | <p>Des avertissements pour la santé sont imprimés depuis 1989 et avec des images depuis 2000 pour informer les citoyens des dangers du tabagisme. Aucune étude n'a été réalisée pour connaître l'impact de ces avertissements sur l'initiation du tabagisme chez les jeunes.<sup>(138)</sup></p> <p>Plusieurs études ont montré qu'un emballage neutre pourrait être efficace pour dissuader les jeunes de commencer à fumer.<sup>(140)</sup></p> <p>L'analyse des enquêtes sur l'usage du tabac montre que les consommateurs se font berner par les appellations « douces », « légères », etc. Ainsi, ces appellations trompeuses favorisent l'expérimentation chez les jeunes et le maintien de la consommation de cigarettes par les fumeurs.<sup>(156,157)</sup></p>                                                       |
| <b>Restrictions de l'accessibilité</b>                                                                        | <p>Preuve: Quelques études (études de cas de communautés et études avec devis quasi-expérimentaux) montrent que les lois qui interdisent la vente de tabac aux mineurs peuvent réduire la consommation de tabac chez les adolescents lorsque la loi est respectée par la très grande majorité des détaillants et que la communauté s'implique activement<sup>(145)</sup>.</p> <p>Faisabilité: Les études montrent que l'interdiction de vendre des produits du tabac aux mineurs est très peu respectée par les détaillants<sup>(7)</sup>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| Types d'intervention                              | Efficacité et faisabilité : qualité de la preuve                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Restrictions de l'accessibilité (suite)</b>    | <p>Controverse: La nécessité d'une application rigoureuse de l'interdiction (qui nécessite un investissement important) et le nombre relativement limité des études démontrant l'efficacité de la mesure entraînent une controverse sur l'intensité des efforts à accorder à celle-ci.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restrictions de l'usage du tabac</b>           | <p>L'interdiction totale de fumer et toute restriction qui limite l'usage du tabac dans les lieux publics fermés et les lieux de travail sont fortement recommandées par le US Task Force on Community Preventive Services<sup>(8)</sup>. Les rapports du Surgeon General<sup>(7)</sup> et de l'Institute of Medicine (1994)<sup>(35)</sup> recommandent également cette mesure.</p> <p>La preuve de l'efficacité de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et de travail est basée sur un nombre important de résultats d'évaluation chez les adultes.</p> <p>L'analyse d'une vingtaine d'études dans le rapport du Surgeon General (2000)<sup>(7)</sup> et de neuf études rigoureuses par le US Task Force on Community Preventive Services<sup>(8)</sup> a montré que l'interdiction de l'usage du tabac dans les lieux de travail est efficace pour diminuer la consommation de tabac et augmenter la cessation. L'effet de cette mesure est moins solidement démontré pour la prévalence du tabagisme.</p> <p>Les quelques études menées auprès des jeunes ont montré que restreindre l'usage du tabac en particulier à l'école réduisaient le tabagisme chez ces derniers<sup>(29)</sup>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Augmentation du prix des produits du tabac</b> | <p>L'augmentation des taxes est fortement recommandée par le US Task Force on Community Preventive Services. Selon le Surgeon General des États-Unis, augmenter les taxes d'accises sur les produits du tabac est largement considéré comme la mesure la plus efficace de prévention et de contrôle du tabagisme<sup>(7)</sup>.</p> <p>On dispose d'une quantité considérable de données d'évaluation de l'efficacité de l'augmentation du prix des produits du tabac sur le comportement tabagique (prévalence, consommation) des jeunes.</p> <p>Le rapport du Surgeon General des États-Unis a répertorié 21 études prouvant l'efficacité de la hausse du prix du tabac sur l'usage qu'en font les adolescents et les jeunes adultes. Sur ces 21 études, 17 ont démontré une diminution de la prévalence du tabagisme et de la quantité de produits du tabac consommés provoquée par l'augmentation du prix des produits<sup>(7)</sup>.</p> <p>Le US Task Force on Community Preventive Services<sup>(8)</sup> a analysé 8 des 21 études recensées par le Surgeon général et en arrivent aux mêmes conclusions sur l'efficacité de la mesure.</p> <p>Faisabilité: Selon le US Task Force on Community Preventive Services<sup>(8)</sup>, aux États-Unis, une opposition politique bien organisée et financée constitue une barrière importante à l'implantation d'intervention visant l'augmentation des taxes. L'environnement sociopolitique canadien et québécois semble plus propice à l'augmentation du prix des produits du tabac<sup>(266)</sup>.</p> |

| Types d'intervention                                                                                                             | Efficacité et faisabilité : qualité de la preuve                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Démarketing</b></p> <p>Action publicitaire visant à réduire la consommation d'un produit ou l'utilisation d'un service</p> | <p>Programme de contremarketing recommandé par les experts<sup>(6,35,185)</sup></p> <p>Le US Task Force on Community Preventive Services<sup>(8)</sup> recommande fortement les campagnes médiatiques lorsqu'elles sont implantées avec d'autres mesures de contrôle du tabagisme.</p> <p>Analyse des études par la <i>Cochrane Review</i><sup>(189)</sup> : Sur 63 études sur le rôle des médias, 6 études rigoureuses ont été retenues (devis expérimental). Les résultats ont été partagés : deux études ont obtenus des résultats positifs.</p> <p>Analyse des études par le US Task Force on Community Preventive Services<sup>(8)</sup> : Sur 12 études rigoureuses retenues pour l'analyse, 10 ont montré des résultats positifs. Les sept études ayant une durée de plus de deux ans ont montré les réductions les plus marquées de la prévalence du tabagisme chez les jeunes. Les campagnes médiatiques étaient combinées à d'autres stratégies de prévention du tabagisme. Il est donc difficile d'évaluer la contribution exacte des médias. Le US Task Force on Community Preventive Services conclut que les études fournissent une preuve solide de l'efficacité des campagnes médiatiques à réduire le tabagisme juvénile, lorsque combinées à une augmentation du prix et à de l'éducation en milieu scolaire ou à d'autres programmes communautaires.</p> <p>Évaluation des campagnes au niveau des États :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les campagnes médiatiques ont constitué une composante importante de plusieurs programmes de contrôle du tabagisme. L'évaluation a posé des défis importants car il est difficile d'isoler les effets des campagnes médias des autres composantes.</li> <li>▶ Au Massachusetts et en Californie, les taux de tabagisme chez les jeunes sont respectivement demeurés stables ou ont légèrement augmentés alors qu'ils avaient progressé de façon beaucoup plus importante dans le reste des États-Unis.</li> <li>▶ En Floride, les campagnes médiatiques ont représenté un volet du programme écologique de contrôle du tabagisme ne s'adressant qu'aux jeunes de 1998 à 2000. Le programme a entraîné un déclin marqué du tabagisme chez les jeunes.</li> </ul> <p>Caractéristiques des campagnes</p> <p>L'analyse de l'efficacité des campagnes médiatiques de 8 pays et 10 États américains faite par les CDC<sup>(213)</sup> fournit des renseignements très utiles sur le contenu, le ton et la présentation des messages.</p> <p>En ce qui a trait au contenu, les messages qui apparaissent exercer le plus d'influence auprès des jeunes portent sur :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les effets du tabagisme sur la santé présentés à l'aide d'histoires crédibles suscitant l'émotion ou à l'aide de présentations visuelles réalistes.</li> <li>2. Les pratiques trompeuses de l'industrie. Ces messages nécessitent une préparation et une démarche éducative plus complète pour que les jeunes les comprennent bien.</li> <li>3. L'approbation/désapprobation sociale et les habilités à refuser.</li> <li>4. Les effets de la fumée secondaire de tabac.</li> </ol> |

| Types d'intervention                                                        | Efficacité et faisabilité : qualité de la preuve                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Démarketing (suite)</b>                                                  | <p>Publics cibles</p> <p>En présence d'un budget suffisant, la population générale et les jeunes devraient être ciblés. Lorsque le budget est restreint, le choix du public cible à privilégier divise les experts en contrôle du tabagisme.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Interventions communautaires</b>                                         | <p>Selon les CDC (1999)<sup>(6)</sup> les interventions au niveau local doivent représenter une composante essentielle des programmes écologiques de contrôle du tabagisme. Les travaux de Frohlich, Potvin et coll.<sup>(249-251)</sup> (1999, 2002) démontrent avec acuité l'importance de l'environnement local dans les choix de santé.</p> <p>L'analyse des 13 études de la <i>Cochrane Review</i> ont conduit les auteurs à conclure qu'il y a un soutien limité à l'égard de l'efficacité des interventions communautaires dans leur capacité à prévenir l'initiation du tabagisme chez les jeunes<sup>(237)</sup>.</p> <p>Selon Jacobson, Lantz et coll. (2001)<sup>(29)</sup>, un petit nombre d'essais contrôlés d'interventions communautaires (telles que les projets décrits dans la section 2.5.2.3 sur l'implication des parents) et les résultats récents des programmes écologiques de contrôle du tabagisme de plusieurs États américains dont l'intervention communautaire constituait une composante essentielle attestent de la capacité de ces interventions à affecter le comportement tabagique des jeunes de façon positive.</p> <p>Le nombre restreint d'évaluations avec devis expérimental ou quasi-expérimental offre une preuve limitée de l'efficacité de cette mesure. On ne sait pas, par ailleurs, quelles interventions fournissent le plus de bénéfices pour la quantité de ressources investies et quelles sont celles qui sont le plus utiles pour réduire le tabagisme chez les jeunes.</p> |
| <b>Programme écologique (Combinaison de plusieurs types d'intervention)</b> | <p>Recommandation des experts: USDHHS, 2000<sup>(7)</sup>; Comité consultatif canadien sur la santé de la population<sup>(252)</sup></p> <p>Analyse de l'impact des programmes écologiques des États pris individuellement (Massachusetts, Arizona, Oregon, Floride, Californie)<sup>(7,204)</sup>.<br/>Résultats: Baisse de la consommation de cigarettes par habitant et baisse de la prévalence du tabagisme chez les adultes et chez les jeunes. En Californie : réduction des cancers du poumon et des décès par maladies cardiaques.</p> <p>Comparaison des résultats des programmes écologiques de différents États en fonction de leur niveau de financement.<br/>La relation dose effet mise en évidence ajoute à la robustesse de la preuve.</p> <p>Analyse économétrique rigoureuse démontrant l'impact des programmes sur la consommation de cigarettes.<br/>L'augmentation du financement des programmes est associée à la réduction de l'usage du tabac.</p> <p><b>Limites des études</b><br/>On ne sait pas quelle combinaison d'interventions est la plus efficace, ni quelle intensité, fréquence et durée optimale doivent avoir les interventions<sup>(7,p.13)</sup>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |